

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PARCERIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE
PEDIATRIA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira

Co-orientação:

Mestre Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa

Natália Maria Quina Lopes

Porto 2012

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas Maria Miguel e Bárbara

Ao Rui

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei se não fossem elas eu não teria saído do lugar, as facilidades muitas vezes impedem-nos de caminhar. Hoje sou muito melhor do que antes e agradeço aqueles que me deram as mãos nas horas difíceis desta longa caminhada.

À Professora Doutora Margarida Reis Santos, orientadora desta dissertação, por toda a sabedoria, empenho, compreensão e incentivo constante.

À Professora Mestre Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa, co-orientadora desta dissertação pelas sugestões e disponibilidade.

À Professora Dr.^a Paula França, coordenadora do curso pelo encorajamento.

À Professora Teresa Nazaré por me ter estimulado a inscrever neste Mestrado.

A todos os meus colegas que amavelmente e de forma voluntária aceitaram participar neste estudo.

A todas as minhas colegas de serviço e de Mestrado e às minhas amigas que sempre estiveram presentes, pelo incentivo que me deram ao longo deste processo.

A todos os meus familiares em especial aos meus pais pela formação que me permitiram ter, com os sacrifícios que só eles sabem quais foram, ao meu marido pelo companheirismo e incentivo e às minhas filhas que aceitaram as minhas ausências e desatenções...

À Bé e à Carolina pela ajuda e apoio constante.

Às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desta tese de Mestrado.

A todos o meu mais sincero OBRIGADO!

ABREVIATURAS

CCH - Carta da Criança Hospitalizada
CDC - Convenção de Direitos da Criança
CE - Cuidados de Enfermagem
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DL - Decreto-lei
DP - Desvio Padrão
ENF^{os} - Enfermeiros
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
IAC - Instituto de Apoio à Criança
ICN - International Council Of Nurses
LI - Limite Inferior
LS - Limite Superior
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
OR - Odds Ratio
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SEP - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
SPSS - Statistical Package for the Social Science
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 - Evolução Histórica dos Cuidados de Saúde Pediátricos	25
1.2 - Hospitalização da Criança	29
1.2.1 - <i>Impacto da Hospitalização na Criança</i>	30
1.2.2 - <i>Impacto da Hospitalização na Família</i>	33
1.3 - Cuidados Centrados na Família: Um Desafio para a Enfermagem	36
1.3.1 - <i>O Conceito de Família</i>	37
1.3.2 - <i>A Família como Foco da Prática de Enfermagem</i>	39
1.3.3 - <i>O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey</i>	44
1.3.4 - <i>Participação da Família: Um processo de Negociação</i>	49
1.3.5 - <i>Parceria nos Cuidados: Que Implicações e Dificuldades para a Enfermagem</i>	54
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
2.1 - Metodologia	61
2.2 - Questões de Investigação	62
2.3 - Objetivos do Estudo	63
2.4 - População e Amostra	64
2.5 - Instrumento de Colheita de Dados	65

2.6 - Colheita de Dados	67
2.7 - Tratamento dos Dados	67
2.8 - Considerações Éticas	68
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	71
3.1 - Caracterização da Amostra	71
3.2 - Acompanhamento da Criança Hospitalizada: Opinião dos Enfermeiros	76
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	127
ANEXO I	129
- Instrumento de Colheita de Dados -	
ANEXO II	139
- Declaração de Consentimento Informado -	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	46
FIGURA 2: Processo de enfermagem segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Casey	48
FIGURA 3: Abordagem à família segundo o Estilo de Enfermagem e o tipo de comunicação	50

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Idade dos enfermeiros	72
QUADRO 2: Tempo de exercício profissional	75

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Género dos enfermeiros	72
GRÁFICO 2: Estado civil dos enfermeiros	73
GRÁFICO 3: Habilitações dos enfermeiros	74
GRÁFICO 4: Categoria profissional dos enfermeiros	74
GRÁFICO 5: Tipo de acompanhamento das crianças internadas	76

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Acompanhante que deve permanecer junto da criança	77
TABELA 2: Efeitos da presença dos acompanhantes	77
TABELA 3: Presença dos acompanhantes na recuperação da criança	78
TABELA 4: Presença dos acompanhantes no desempenho dos enfermeiros	79
TABELA 5: Presença dos acompanhantes na vivência que têm do internamento	80
TABELA 6: Presença dos acompanhantes na relação enfermeiro / criança	81
TABELA 7: Relação dos enfermeiros com os acompanhantes	82
TABELA 8: Razões para os enfermeiros questionarem os acompanhantes sobre a vontade de presenciarem os procedimentos à criança	84
TABELA 9: Opinião dos enfermeiros sobre a participação e integração dos acompanhantes nos cuidados	86
TABELA 10: Idade dos enfermeiros e opinião sobre presença dos acompanhantes	87
TABELA 11: Idade dos enfermeiros e opinião sobre participação e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem	88
TABELA 12: Associação entre a idade dos enfermeiros e o centrarem a sua prática nos acompanhantes	89
TABELA 13: Categoria profissional dos enfermeiros e opinião sobre a presença do acompanhantes	91
TABELA 14: Categoria profissional dos enfermeiros e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem	93
TABELA 15: Categoria profissional dos enfermeiros e integração dos acompanhantes na equipa	94

TABELA 16: Opinião sobre a presença do acompanhante em função dos enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização	95
TABELA 17: Experiência pessoal de acompanhar algum familiar durante a hospitalização e a opinião sobre a participação e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem	96
TABELA 18: Integração dos acompanhantes na equipa em função dos enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização	97
TABELA 19: Associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e a sua opinião sobre a presença dos acompanhantes	99
TABELA 20: Associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e o integrarem os acompanhantes na equipa	101

RESUMO

Palavras-chave: Criança hospitalizada; Enfermagem Pediátrica; Parceria de Cuidados; Negociação.

A prestação de cuidados em âmbito pediátrico implica que o enfermeiro detenha um complexo domínio de capacidades comunicacionais, relacionais e cognitivas, que lhe permitam interagir, de forma profissional, com a presença e participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. Inúmeras evidências científicas revelam as dificuldades que os acompanhantes sentem no processo de adaptação e trabalho em parceria com o enfermeiro. No entanto, são poucas ou, quase inexistentes, aquelas que se referem à perspectiva dos enfermeiros e às suas dificuldades neste processo.

É com base nesta constatação que emerge o presente trabalho, cujo cerne se vincula à temática da presença e participação do acompanhante nos cuidados à criança hospitalizada, numa abordagem centralizada na opinião dos enfermeiros.

O trabalho é o reflexo de um estudo de investigação baseado no paradigma positivista, realizado com a colaboração de 146 enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento pediátrico. Concluiu-se que os enfermeiros reconhecem a importância de envolver os acompanhantes no cuidado à criança hospitalizada, revelando que promovem efetivamente, o envolvimento dos acompanhantes nos cuidados básicos, contudo não o fazem nos cuidados de maior complexidade. Face ao Modelo de Parceria de Cuidados, baseado num processo de negociação, este estudo revelou que os enfermeiros ainda têm alguma dificuldade em incluir os acompanhantes como verdadeiros parceiros.

ABSTRACT

Title: Partnership In Child Care In Pediatrics Services: Nurses Perspective

Key-Words: Hospitalized child; Pediatric Nursing; Partnership Care; Negotiation.

The provision of care in the pediatric context requires to the nurses a complex domain of communicative skills, relational, and educational, that allow them interacting, so full and healthy, with the permanent presence and participation of caregivers of hospitalized children. Several scientific evidence explain the difficulties that caregivers feel in this adaptation process, in particular working in partnership with the nurse. However there are few or almost non-existent those related to the perspective of nurses and their difficulties in this process.

Is based on this verification that emerges the present work, which consists in a research connected the theme, family participation in caring for hospitalized children, on a centralized approach in the opinion of nurses.

It was concluded that nurses recognize the importance of involving caregivers in the care of hospitalized children and actively promote the involvement of caregivers in basic care, however do not make in care more complex. Face to Partnership Model of care, fully based in a negotiation process, this study shows that nurses still have some difficulty in including accompanying as real partners.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é o reflexo de um percurso de investigação executado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, cuja principal finalidade consiste em ordenar e sistematizar o processo de pensamento relativo à exploração de um fenómeno, do âmbito da enfermagem pediátrica, identificado como problemático.

A sua concretização resultou de um processo de investigação contínuo, que decorreu no período compreendido entre Fevereiro de 2011 a Janeiro de 2012, sob a orientação da professora Doutora Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, e co-orientação da professora Mestre Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa.

A importância do desenvolvimento de um projeto desta natureza decorre, essencialmente, do interesse da investigação na prática de enfermagem. De facto, discutir o cuidado à luz de paradigmas tem conferido colossais subsídios à enfermagem, e impulsionado a sua evolução de forma significativa, quer enquanto ciência, quer enquanto profissão, pois tem contribuído para alicerçar, consolidar e incrementar um corpo de saberes próprio da profissão, que se refletem no aperfeiçoamento dos padrões de cuidados, na orientação do processo de tomada de decisão e, ainda, conferem reconhecimento social, demonstrando os fundamentos sobre os quais se alicerça a nossa prática (Martins, 2008).

A Dissertação, *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de Pediatria: Perspetiva dos Enfermeiros* procura através da investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica, como forma de contribuir para o desenvolvimento contínuo da profissão, através da adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão. E surge no âmago da realidade percecionada em âmbito hospitalar, relativamente às falhas que ainda se verificam no processo de negociação de cuidados entre Enfermeiro/Acompanhante. Optámos por analisar a perspetiva dos enfermeiros devido ao seu papel preponderante para o sucesso deste processo, e devido ao

reduzido número de estudos em Portugal que focam a temática da participação da família no cuidado à criança hospitalizada, de acordo com o ponto de vista destes profissionais.

A hospitalização da criança é, indubitavelmente, um evento traumático quer para a criança, quer para a sua família. Para a criança uma vez que é afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo, e é introduzida num novo ambiente, muitas vezes estranho e assustador, que a expõe a enorme tensão emocional. Para a família por se constituir como uma situação geradora de *stress*, e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental (Darbyshire, 1993; Dionísio e Escobar, 2002; Jorge, 2004).

Face à consciencialização destes efeitos nefastos, e na tentativa de minimizar este impacto decorrente da hospitalização, têm sido efetuados inúmeros esforços, desde a criação de políticas de saúde, desenvolvimento de um modelo que integra os pais como parceiros no cuidado ao filho, bem como, inúmeras reflexões e trabalhos de investigação acerca da participação dos mesmos no cuidado à criança hospitalizada.

Nos dias de hoje é clarividente a necessidade de integração da família junto da criança hospitalizada em tempo integral. Desde a publicação do Relatório de Platt, em 1959, no Reino Unido, é reconhecida a necessidade da permanência dos pais em período integral no ambiente hospitalar, bem como a sua participação no cuidado (Lima, Rocha e Scochi, 1999). Este facto veio a ser representado e melhor compreendido a partir de 1988, com o aparecimento do primeiro modelo de enfermagem que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. Este modelo, denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, elaborado por Anne Casey, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho, e impulsionou novas formas da organização da assistência à criança hospitalizada, ampliando o foco de atenção em Enfermagem e exigindo deste corpo de profissionais olhar a família como objeto do cuidado, num processo de produção de relações e intervenções, que vão para além do atendimento clínico (Collet e Rocha, 2004).

Desde o reconhecimento da importância do envolvimento e participação da família nos cuidados à criança, a enfermagem tem sofrido um processo contínuo de organização e reorganização na dinâmica de trabalho, na tentativa de acompanhar a evolução da conceção de cuidados e integrar na sua prática os subsídios conferidos pelas mais diversas áreas do conhecimento. No entanto, a este processo de inclusão, impõem-se, ainda, alguns obstáculos que têm

dificultado amplamente a aplicação deste, como é idealmente concebido, na prática diária dos enfermeiros. Assim, equacionando aquilo que se faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, tentaremos compreender as perceções dos enfermeiros relativas à presença e participação do acompanhante no cuidado à criança, bem como, os direitos, deveres que estes atribuem à família da criança hospitalizada, no sentido de evidenciar as dificuldades que este corpo de profissionais vivencia e as falhas que cometem na sua prática diária que estão a conferir alguma resistência à aplicação prática do modelo de parceria de cuidados. Na tentativa de encontrar alternativas adequadas que permitam demolir estes obstáculos, e contribuir, assim, para a melhoria do cuidado de enfermagem. Com base nestes pressupostos, neste trabalho pretende-se realizar um estudo quantitativo, de natureza exploratória, de modo a:

- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a presença e participação dos acompanhantes durante o processo de hospitalização da criança;
- Identificar o tipo de relação que os enfermeiros estabelecem com os acompanhantes da criança hospitalizada;
- Identificar quais os direitos e deveres que os enfermeiros atribuem aos acompanhantes da criança hospitalizada.

A articulação integrada das etapas de um projeto de investigação e de uma pesquisa recorrendo a livros e artigos científicos, disponíveis em bases de dados como a Cinahl, Medline, Medicalatina e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, tendo sempre por base a linguagem profissional uniformizada descrita pela CIPE versão 2.0, permitiu obter, não somente uma base sólida de conhecimentos, mas, também, um ponto de partida para articular os conteúdos, explorar a temática em investigação, delinear a estratégia metodológica e avaliar e interpretar os resultados obtidos, tendo culminado com a conceção do presente documento.

No que concerne à estruturação, a presente dissertação contempla quatro capítulos. No primeiro capítulo, enquadramento teórico, será efetuada uma revisão da literatura acerca dos principais conceitos e realidades inerentes ao tema, focando os conceitos: Criança Hospitalizada; Enfermagem Pediátrica; Parceria de Cuidados e Negociação. No segundo, denominado enquadramento metodológico, apresenta-se a metodologia, questões de investigação, objetivos do estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, colheita de dados, tratamento estatístico, bem como as considerações éticas. No terceiro capítulo, apresenta-se a análise dos resultados obtidos. O quarto destina-se à

discussão dos resultados. Para finalizar, teceremos as principais conclusões deste trabalho.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na atual etapa apresenta-se uma súmula da revisão bibliográfica que pretendeu explorar, descrever e refletir sobre os fenómenos e fatores incorporados no domínio da investigação a realizar.

A concretização da pesquisa bibliográfica conferiu, não somente, uma base sólida de conhecimentos, mas também, um ponto de partida para articular, desenvolver e aprofundar conteúdos. Alguns dos conceitos chaves utilizados para o desbravar da pesquisa foram: *Criança Hospitalizada*; *Enfermagem Pediátrica*; *Parceria de Cuidados*; *Negociação*; entre outros.

O capítulo inicia-se, então, com uma abordagem histórica à evolução dos cuidados pediátricos, posteriormente, centra-se nos aspetos relacionados com a vivência da hospitalização, quer pela criança, quer pela família, e por último, será explanado o conceito do cuidado à criança, preconizando a assistência de enfermagem centrada na família.

1.1 - Evolução Histórica dos Cuidados de Saúde Pediátricos

É indiscutível a melhoria dos cuidados de saúde, bem como do estado de saúde das populações nas últimas décadas (Carrondo, 2006). A evolução da sociedade, da conceptualização saúde/doença, bem como dos modelos e paradigmas que orientam os cuidados de saúde atuais, têm conduzido a mudanças significativas na prestação de cuidados de saúde à população em geral. No que concerne ao cuidado à criança hospitalizada, este sofreu também amplas modificações ao longo dos tempos, decorrentes *da evolução da ciência médica, do desenvolvimento de um sistema de serviços especializados de assistência infantil, assim como de aspetos do pensamento relativo ao desenvolvimento psicológico e*

emocional da criança e à evolução da própria família como instituição social (Barros, 1998 cit. por Mano, 2002, p.2).

A consciência de que o hospital pode e deve ser um recurso utilizado para curar e com um objetivo terapêutico aparece, apenas, claramente, no final do séc. XVIII. Anteriormente a este período cumpria apenas uma função social, centrado num local onde os pobres, indigentes, inválidos, órfãos ou crianças abandonadas permaneciam (Carapinheiro, 1993). O objetivo terapêutico do cuidado surge, então, vinculado a uma abordagem centrada na patologia, pautada pela sintomatologia, etiologia e tratamento.

A centralização excessiva dos cuidados de saúde assentes num modelo biomédico, baseado na filosofia de Descartes, que defendia uma perfeita distinção entre corpo e mente, desvalorizando os aspetos sociais, psicológicos e ambientais da doença, bem como, o desconhecimento das particularidades do desenvolvimento infantil conduziu, durante longas décadas, ao internamento de crianças junto a adultos, sem a presença dos pais e de objetos pessoais (Carrondo, 2006; Ceribelli, 2007).

A primeira metade do séc. XIX é marcada pelo aparecimento dos primeiros Hospitais Pediátricos, sendo que o primeiro terá sido inaugurado pelo Dr. Georges Armstrong, um médico conhecido por defender que *afastar uma criança doente dos seus pais ou substituto equivalente partia, imediatamente, o seu coração* (Burgess, 1988, cit. por Almeida, 2001. p. 38). Estes hospitais proporcionavam a oportunidade aos pais de acompanharem o filho doente, durante um determinado período de tempo (Almeida, 2001), sendo a decisão quanto à sua permanência, frequentemente, da responsabilidade da enfermeira do serviço (Huerta, 1984).

No final do séc. XIX, face às dificuldades ao nível do controlo e prevenção da infeção, os acompanhantes foram privados de visitas, mesmo que restritas e esporádicas, tendo sido aplicadas medidas de precaução e segurança bastante severas. A excessiva preocupação em torno da garantia da assépsia veio então afetar as políticas de acompanhamento das crianças hospitalizadas, até meados do século XX, retirando aos pais a responsabilidade dos cuidados ao seu filho durante o internamento.

A transformação deste paradigma surge com a introdução da antibioterapia e tecnologias inovadoras, que ajudaram no declínio das doenças infecciosas, contribuindo para uma revisão das normas de afastamento dos pais ou acompanhantes, durante a hospitalização dos seus filhos (Darbyshire, 1993). Este facto, aliado à produção e aprofundamento do conhecimento nas áreas da Psicologia do Desenvolvimento e da Pediatria, que impuseram transformações no

conceito de criança, passando esta a ser vista como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas, mas também psicológicas, sociais e emocionais, foram o mais efetivo catalisador para a atual filosofia dos cuidados pediátricos, gerando novas formas de ver e pensar sobre os cuidados prestados à criança e à família, motivando mudanças significativas nas práticas hospitalares.

A partir da década de quarenta, do século XX, com a pesquisa de Spitz e, mais tarde, de Bowlby e Robertson, que avaliaram o impacto psicológico da hospitalização, isolamento e privação materna, sobre a saúde e desenvolvimento da criança e da família, emergem preocupações em relação à saúde psicológica das crianças, que impulsionam significativas mudanças na sua hospitalização (Winkelstein, 2006; Salvaterra, 2007). Começam, então, a existir quartos particulares, visitas de irmãos, programas de vida da criança, orientação aos pais e preparação pré-hospitalar (Winkelstein, 2006; Salvaterra, 2007).

Em 1959, é publicado, no Reino Unido, o Relatório de Platt que reflete sobre o bem-estar da criança internada em instituições hospitalares, procurando alternativas para “humanizar” esta experiência, através da recomendação de medidas que minimizem o trauma da hospitalização e, conseqüentemente, melhorem a assistência à criança e ao adolescente (Lima, Rocha e Scochi, 1999; Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006). Este relatório constitui um marco na filosofia do cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados, uma vez que desencadeou transformações rígidas na metodologia, até então empregue. De entre as inúmeras recomendações efetuadas, destacam-se: a necessidade de priorizar a assistência em ambulatório em prol da assistência em meio hospitalar; a admissão de crianças e adolescentes apenas em hospitais infantis ou unidades pediátricas; o treino especializado para médicos e enfermeiros destas unidades; horários flexíveis de visita; introdução sistemática de atividades recreativas e educacionais; e, sobretudo, a admissão conjunta da mãe/filho durante a hospitalização (London, 1959 cit. por Ceribelli, 2007). De forma lenta e gradual, os hospitais dos diferentes países da Europa e América foram implementando estas medidas.

A 20 de Novembro de 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a Declaração dos Direitos da Criança, que reconhece que *a criança, por motivos de sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais* (UNICEF, 2004, p.4). Esta declaração, estabelece como princípios a promoção do progresso social e a elevação do nível de vida da criança, independentemente da sua condição social, raça, cor, sexo, língua, religião,

opinião política ou de outra natureza, teve como objetivo basilar *chamar a atenção dos pais, enquanto homens e mulheres, das organizações voluntárias, autoridades locais e Governos nacionais, para o reconhecimento dos direitos e para a necessidade de se empenharem na respetiva aplicação através de medidas legislativas ou outras progressivamente tomadas* (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1959, p. 2).

Em Portugal, no que concerne ao alargamento do período de visita para a mãe, esta medida apenas foi adotada em 1975, no serviço de pediatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e somente, passados 2 anos, com a inauguração do Hospital Pediátrico de Coimbra, foi dada a possibilidade da mãe permanecer junto do filho durante um período de doze horas, entre as 8 e as 20 horas (Cardoso, 2010).

A partir de finais dos anos 70, mais propriamente em 1977, em Portugal, e à semelhança dos outros países europeus, registou-se uma preocupação crescente em tomar medidas urgentes e promulgar legislação que facilitasse e valorizasse as funções parentais, reconhecesse os direitos da criança e concretizasse medidas de apoio à família (Jorge, 2004). Nesse mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS), aconselhou os países membros, a proporcionarem às crianças mais pequenas o acompanhamento permanente das mães, e alargarem os períodos de visita para os pais. Em 1981, essa mesma recomendação foi transposta para a legislação portuguesa através da publicação do Decreto-Lei nº 21/81 de 19 de Agosto, que salvaguardava, no artigo 1º, o direito da criança hospitalizada ao acompanhamento familiar: *Toda a criança de idade não superior a 14 anos internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente da mãe e do pai, sendo que esta idade (...) pode ser ultrapassada no caso de crianças deficientes* (DL 21, 1981). Apesar de todo este movimento legislativo, a carência de condições, quer em termos de recursos físicos, quer humanos, alegada pelas instituições hospitalares, levou a que fossem necessários alguns anos para que estas adotassem na prática a referida política. Seis anos após, a publicação do DL apenas três dos quarenta e oito Serviços de Pediatria existentes em Portugal, proporcionavam as condições mínimas necessárias, para que os pais permanecessem com os filhos a tempo integral (Portugal, 1996).

Em 1988, foi aprovada em Leiden, por 15 países europeus, a Carta da criança hospitalizada, concebida por várias associações europeias, que consagra condições de internamento infantil, e reforça a importância do acompanhamento das crianças doentes pelos pais, bem como a sua participação ativa nos cuidados que lhes são prestados. Em Portugal, coube ao Instituto de Apoio à Criança

sensibilizar e divulgar, no âmbito hospitalar este documento, promovendo a adesão e concretização dos direitos nela consagrados (IAC, 2002). No entanto, no final do século XX, as atitudes e as práticas diárias hospitalares, ainda não traduziam os saberes, as recomendações e as intenções conseguidas nas múltiplas leis, resoluções e convenções existentes (Silva, s.d cit. in IAC, 2010). Face a esta constatação, o Instituto de Apoio à Criança, cria, em 1989, o sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, responsável pela defesa dos direitos da criança nos serviços de saúde e pela humanização do seu atendimento.

A 20 de Novembro de 1989, as Nações Unidas adotaram a Convenção sobre os direitos da criança (CDC). Este documento enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais de todas as crianças, bem como as respetivas disposições para que sejam aplicados, constituindo um vínculo jurídico para os Estados que a ela aderem. A 21 de Setembro de 1990, Portugal ratificou a CDC, passando então a adequar as normas de direito interno às da Convenção, para a promoção e proteção eficaz dos direitos nela consagrados. De entre, as amplas disposições adotadas destaca-se o artigo 1º, que estabelece que *Criança é todo o ser humano menor que 18 anos* (UNICEF, 2004).

Atualmente, a saúde da criança e do adolescente é uma prioridade na política de saúde, sendo clara e evidente, a importância da permanência durante 24 horas e do envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho hospitalizado. Assim, é com base nesta premissa, que os esforços atuais efetuados no sentido de otimizar a prestação de cuidados à criança hospitalizada têm sido direcionados, não para permitir, mas sim incentivar e estimular a presença, a participação e o envolvimento dos pais no cuidado ao seu filho, de modo a minimizar o impacto da hospitalização quer na criança, quer na família.

1.2 - Hospitalização da Criança

Compreender a hospitalização e o cuidado à criança hospitalizada transcende o foco da doença. De facto, desde 1948 que a OMS divulgou o conceito de saúde, baseado no preceito de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença (Carrondo, 2006). Desta forma, torna-se evidente que, entender a fisiopatologia, o diagnóstico, bem como a conduta terapêutica das mais variadas condições de saúde, é importante, mas não

é exclusivo. No âmbito da pediatria, os cuidados de enfermagem englobam o conhecimento do desenvolvimento infantil, a deteção precoce de sinais de alarme na infância e adolescência, a minimização dos efeitos nefastos da hospitalização, conhecimento e integração da dinâmica familiar no cuidado à criança e as técnicas de comunicação.

1.2.1 - Impacto da Hospitalização na Criança

A doença e, conseqüentemente, a hospitalização podem constituir experiências dolorosas e desagradáveis para a criança. Desta forma, a hospitalização só deve suceder quando o cuidado ambulatorio não constitui uma solução viável, nestes casos, deve ocorrer em serviços de pediatria, e com uma permanência limitada ao estritamente necessário (Pinheiro e Lopes, 1993 e Sadala e António, 1995, cit. por Gonzaga e Arruda 1998).

Durante a hospitalização, a criança, dada a sua fragilidade emocional e dependência dos pais, vê-se confrontada com uma situação crítica para o seu equilíbrio psicológico, tudo isto porque, durante este período a criança é afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo, e é introduzida num novo ambiente, muitas vezes estranho e assustador, que a expõe a enorme tensão emocional, suscitando diferentes reações comportamentais e colocando em causa a ligação afetiva estabelecida com os pais, o que pode comprometer amplamente o seu desenvolvimento biopsicossocial (Dionísio e Escobar, 2002; Guareschi e Martins, 1997).

A experiência da hospitalização é, frequentemente, um evento traumático, no entanto, as repercussões que esta pode desencadear na criança são diversas, e dependem da idade, etapa de desenvolvimento, experiências anteriores de doença, sistemas de apoio disponíveis e da situação clínica (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

A ausência total ou parcial da figura de vinculação é o fator, que possui maior peso no processo de adaptação da criança ao ambiente hospitalar e o que mais influencia a sua resposta à problemática da hospitalização (Dionísio e Escobar, 2002). O desenvolvimento saudável da criança implica a existência de uma relação afetiva, íntima e continuada da criança com a mãe (Bowlby, 1984 cit. por Dionísio e Escobar, 2002). Os pais são o principal sistema de apoio e segurança

para a criança, pelo que devem ser encorajados a permanecer com o filho durante o internamento (Barros, 2003, p. 84). Este acompanhamento é, de facto, imprescindível para as crianças hospitalizadas, pois é determinante para a evolução do seu estado de saúde e para o evitar de sequelas psicológicas, futuras, resultantes da hospitalização (Barros, 2003; Dionísio e Escobar, 2002).

A criança, durante o seu percurso evolutivo, passa por diferentes etapas, que se encontram agrupadas de acordo com o desenvolvimento físico, psíquico e social característico da fase em que se encontra. Todos estes estágios requerem demonstrações de carinho, afeto e estímulos por parte dos pais, sendo que estes cuidados devem ser concebidos de diferentes maneiras, tendo em conta as necessidades e particularidades da criança, nas diferentes fases. Durante a hospitalização, a etapa de desenvolvimento da criança, também irá influenciar, amplamente, a reação da mesma, perante a ausência dos pais (Dionísio e Escobar, 2002). Assim, nos recém-nascidos e lactentes, a ausência estimula o protesto, a aflição e o desespero. Estes, geralmente, ostentam um fâcies infeliz e apresentam anorexia aliada à dificuldade em ganhar peso, choro frequente, apatia, pouca resposta aos estímulos e sono agitado (Baldini e Krebs, 1999; Dionísio e Escobar, 2002)

De acordo com Bowlby citado por Baldini e Krebs (1999), a idade em que a criança é mais suscetível à ausência dos pais, situa-se entre os cinco meses e os três anos, idade em que se observa, após uma separação, uma sequência de reações que passam por três fases: protesto; desesperança e desligamento. Dionísio e Escobar (2002) evidenciam que esta reação também está presente em crianças até aos cinco anos de idade.

Na fase do pré-escolar, aliada às enormes preocupações acerca da possível separação dos pais, a hospitalização é, geralmente, concebida como um evento dramático devido ao medo exacerbado de lesão corporal, bem como, aumento da sensibilidade à dor, feridas, sangue e aos procedimentos médicos e de enfermagem (Baldini e Krebs, 1999). A fase entre os sete e os doze anos, apresenta uma enorme heterogeneidade de manifestações, no entanto, a ansiedade imposta pela separação dos pais, o medo decorrente do desconhecido e da possibilidade de passar por experiências novas e potencialmente traumáticas, é transversal ao longo de todo este período. A criança com sete anos, ainda evidencia preocupações relacionadas com a lesão corporal, como a morte e a mutilação. Entre os sete e os nove anos preocupa-se em ficar inválida para sempre, longe de casa, da escola, dos amigos e medo de ser abandonada. E, por último, entre os nove e os dez anos de idade, exhibe preocupações com a escola,

relacionadas com a sua capacidade intelectual, social e física, com o medo de perder habilidades já adquiridas e ficar para trás na competição com os colegas (Dionísio e Escobar, 2002; Baldini e Krebs, 1999).

Por último, nos adolescentes, as reações expectáveis são a ansiedade; insegurança; rejeição afetiva, inclusive dos pais; instabilidade emocional; maior dependência dos pais ou dos membros da equipa e fobias, relativamente a procedimentos médicos ou de enfermagem. É de notar que, entre os onze e os treze anos, as preocupações centram-se, sobretudo, nos aspetos pré-pubertários, quer acerca das funções corporais, dos produtos orgânicos, como da exposição do corpo perante os profissionais de saúde e acerca da futura humilhação perante os amigos. Dos treze aos dezoito anos as inquietações acerca da incapacidade, dor e desgraça ainda estão presentes, além disso, os adolescentes desenvolvem uma intensa preocupação pelo aspeto, proporção, integridade, diferenças e disfunções do seu corpo, o que estimula a depressão, representações dramáticas e às vezes falta de aceitação das prescrições médicas e de enfermagem (Baldini e Krebs, 1999).

Apesar da separação constituir o fator com mais repercussões negativas na criança, a hospitalização, mesmo quando ocorre na presença permanente de uma das figuras de vinculação, pode ser encarada como um evento traumatizante. A criança ao afastar-se do seu ambiente familiar e dos seus objetos de estimação pode encarar a hospitalização como uma agressão, punição ou castigo por algo que fez ou deixou de fazer, e manifestar uma série de alterações cognitivo-comportamentais, bem como sintomas psicofísicos (Lichteneker e Ferrari, 2005; Baldini e Krebs, 1999).

De uma forma geral, o efeito mais comum da hospitalização na criança é a regressão ao nível do desenvolvimento, ou o comprometimento do normal desenvolvimento infantil, caracterizados, respetivamente, pela regressão para estágios de desenvolvimento anteriores ao que seria de esperar para a idade, ou por uma estagnação ou atraso no desenvolvimento. Por outro lado, perante o evento da hospitalização, as crianças podem manifestar alterações emocionais como ansiedade; passividade e mobilização de defesas; insegurança; negação; reações histéricas e alucinações acerca das funções corporais, e, ainda, sintomas psicofísicos como mal-estar; dores; irritabilidade; choro; depressão; distúrbios do apetite e de sono; e *stress* (Baldini e Krebs, 1999; Elsen e Patrício, 1989, cit. por Gonzaga e Arruda, 1998; Guareschi e Martins, 1997).

Importa referir que, embora a hospitalização seja stressante para a maioria das crianças pode, também, ser uma experiência interessante e benéfica, pois

pode constituir uma oportunidade para aprender a dominar o *stress* e a sentir-se competente na sua capacidade de enfrentar as situações. O ambiente hospitalar pode ainda proporcionar-lhe novas experiências de socialização que podem ampliar os seus relacionamentos interpessoais. No entanto, para que tal aconteça, é necessário que a hospitalização seja conduzida de forma a respeitar e atender às necessidades psicoafectivas, a favorecer a adaptação da criança às situações vivenciadas, prevenindo ou atenuando as consequências mórbidas decorrentes da doença, e dos procedimentos a que é submetida (Algren, 2006; Schimitz, 1989 cit. por Dionísio e Escobar, 2002). Assim, torna-se crucial que todos os profissionais de saúde que desempenham diariamente as suas funções junto de crianças e adolescente, estejam conscientes que a hospitalização pode acarretar riscos significativos de transtornos emocionais, bem como, um conjunto de regressões graves, que poderão, por vezes, refletir-se na idade adulta. Devendo, por isso, direcionar todos os seus esforços na tentativa de minimizar o impacto que esta pode provocar, sendo que a implicação dos pais/acompanhantes no cuidado e o incentivar a permanência deles junto do filho, constitui um passo determinante para o alcance deste objectivo (Hallstrom e Elander, 2004; Franck e Callery, 2004).

1.2.2 - Impacto da Hospitalização na Família

Pelo anteriormente exposto podemos afirmar que a situação de doença e hospitalização da criança ostentam grande impacto para a criança, no entanto, sendo esta um ser que se constrói num núcleo familiar, é indivisível dele, torna-se, portanto, clarividente que a família também sofre com este evento, devido à estreita ligação família-criança que se rompe durante este período.

A hospitalização constitui um processo que provoca mudanças na dinâmica familiar e rutura com o estilo de vida habitual, exigindo uma nova organização das suas atividades, pois implica deslocações frequentes, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar. Revela-se, ainda, uma situação geradora de *stress*, e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental (Darbyshire, 1993; Jorge, 2004).

As crianças dependem dos seus pais, ou substitutos, quanto aos cuidados físicos, psicológicos e à formação educacional e social. Quando adoecem, algumas

destas funções podem ser assumidas por outras pessoas, nomeadamente os enfermeiros, levando os pais a sentirem que a sua influência sobre o filho vai diminuindo. Os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a rutura do seu projeto e da sua ambição. A sua angústia ajusta-se muito a um sentimento de fracasso e impotência, e traduz-se, muitas vezes, por uma agressividade dirigida a si próprios, mas que se repercute em todo o sistema, gerando, por vezes, conflitos no seio familiar e entre a família e os profissionais de enfermagem (Jorge, 2004).

Segundo Diogo (2001, p.19) *os pais, ao serem confrontados com a doença e hospitalização da criança sentem-se desprotegidos e ameaçados, têm dificuldades em lidar com esta situação e, normalmente desencadeiam determinadas reações como negação, raiva e culpa*. Os sentimentos de culpa estão, frequentemente, presentes e exacerbados, e decorrem da forma como interpretam a etiologia da doença, e a causa da hospitalização. Este sentimento apresenta enormes repercussões nos pais, sobretudo na mãe, e pode, por vezes, refletir-se no bem-estar e no processo de recuperação da criança (Ferreira [et. al], 2010). A bibliografia revela que a não compreensão, por parte dos pais, do motivo da hospitalização da criança, faz com que estes se assumam como culpados pela situação, por considerarem que falharam no exercício do seu papel parental e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio face ao sofrimento do filho (Subtil, Fonte e Relvas, 1995; Dionísio e Escobar, 2002).

Um estudo efetuado por Bezerra e Fraga (1996), que pretendia compreender a vivência das mães durante o acompanhamento de um filho hospitalizado, permitiu concluir que, de um modo geral, esta vivência é encarada como uma experiência difícil e triste, sendo os sentimentos mais prevalentes o desespero e dor psíquica, decorrentes da sensação de impotência perante a impossibilidade de modificar a situação. Os autores concluíram ainda que, a vivência do processo de hospitalização de um filho, afeta amplamente a segurança e o bem-estar da mãe, podendo esta, gradualmente, manifestar sinais de cansaço, desânimo, insónia, tristeza, perda de apetite, desconforto mental e mesmo depressão. Outro estudo incidindo sobre a mesma temática, efetuado mais recentemente, revelou, ainda, as dificuldades na readaptação a novos papéis, bem como constrangimentos impostos pelas condições de alojamento que o hospital oferece, e, essencialmente, pelas técnicas invasivas a que a criança é submetida (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Outros problemas enfrentados pela família durante a hospitalização da criança, são: a incerteza quanto à recuperação; o medo da cronicidade da

patologia; o desconhecimento da natureza da doença; e a readaptação a um novo ambiente regido por normas e rotinas muito distintas das regras do contexto familiar (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006)

Face ao exposto, torna-se evidente que a hospitalização é, por si só, um evento capaz de desencadear uma situação de crise familiar. De acordo com a CIPE (ICN, 2011, p. 47), a crise familiar decorrente da hospitalização constitui um fato repentino que desequilibra a (...) *estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família*. Esta caracteriza-se pela *dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, (...) recursos internos, (...) redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz*. Desta forma, gera-se uma intensa problemática, com a qual a família terá de lidar e ser capaz de desenvolver estratégias de *coping*, de modo a evitar que toda essa instabilidade emocional seja transmitida para a criança, colocando em causa o êxito do tratamento proposto.

Jorge (2004), aprofunda a questão da crise familiar e inúmeros fatores que contribuem, de forma negativa ou positiva, para a mesma. Assim, segundo esta autora, a resposta dos pais à hospitalização e a capacidade da família enfrentar uma situação de crise imposta por esta problemática, dependem da gravidade e eminência de ameaça ao filho doente; das experiências anteriores; do conjunto de crenças e valores que possuem; da capacidade de mobilização dos recursos familiares; da coesão entre os membros da família; da capacidade de utilização dos recursos exteriores; dos sistemas de suporte que dispõe e dos padrões de comunicação com a equipa de saúde.

Importa referir que o sucesso da resposta dos pais à hospitalização, bem como a sua capacidade para enfrentar a situação, é amplamente influenciada pelo trabalho executado pelo enfermeiro que deve desenvolver um papel ativo e interventivo, quer com a criança quer com a família, uma vez que é o profissional que mais de perto os acompanha. O enfermeiro deve ainda estar ciente de que os pais têm cada vez mais expectativas sobre o que os serviços lhes podem oferecer e requerem o seu direito a serem envolvidos nas tomadas de decisão sobre os cuidados aos seus filhos (DHSS, 1999)

O equilíbrio e bem-estar na família é essencial para a adaptação da criança ao processo de saúde-doença, à hospitalização e para acelerar o seu processo de recuperação, isto porque a perceção que os pais têm acerca da situação, bem como o seu ajustamento emocional e a forma como lidam com a doença e a hospitalização, vão influenciar o ajustamento da criança à mesma (Subtil, Fonte e

Relvas, 1995). Assim, da mesma forma que as emoções negativas, exteriorizadas pelos pais, intensificam a regressão física, social e emocional da criança e contribuem para a diminuição da eficácia do tratamento; a segurança e a autoconfiança, transmitida pelos mesmos, induzem resultados satisfatórios no processo de recuperação e adaptação à situação vivenciada. Esta conceção é ilustrada por Glasper e Thompson (1993, cit. por Glasper e Haggarty, 2006) no desenvolvimento do conceito contágio emocional, caracterizado pela transmissão da ansiedade de um adulto para uma criança. No entanto, do ponto de vista sistémico de família, este conceito não é unidirecional, pois, tanto se pode dizer que a família determina a adaptação da criança à doença, como, por sua vez, é influenciada pela doença e pelo modo como a criança se adapta à mesma, num ciclo de interações que se sucedem e se inter-determinam, destacando-se, assim, a evidência da importância de preparar os pais para eventos causadores de *stress* (Fiese e Sameroff, 1992, cit. por Teixeira, 2006).

Neste sentido, é indispensável que os enfermeiros reconheçam a família como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a adequação do papel parental e, consequentemente para a adaptação da criança doente e hospitalizada. A consciencialização desta premissa permite ao enfermeiro reconhecer o recurso ímpar e natural que tem a seu alcance - os pais - que se constituem, simultaneamente, como clientes dos cuidados de enfermagem e um recurso essencial no cuidado à criança.

1.3 - Cuidados Centrados na Família: Um Desafio para a Enfermagem

A consciência de que a criança surge no mundo como um ser único, em construção, com características próprias, que devem ser atendidas e respeitadas, e que durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento, esta necessita de amor, segurança, afeto e estímulos, maioritariamente e geralmente, providenciados pelo núcleo familiar, torna evidente a necessidade de uma assistência de saúde mais veemente, que integre não apenas a criança, mas também, a família.

1.3.1 - O Conceito de Família

Em torno da palavra família têm sido conotadas uma multiplicidade de imagens que tornam a definição do conceito imprecisa no tempo e no espaço, no entanto, ninguém descarta a sua visão como seio educativo por excelência (Costa, 2002).

Hanson (2005) remete-nos para a variedade de definições de família que podem surgir, tanto ao longo da evolução das sociedades, como também de acordo com o paradigma relacionado. A rutura da visão tradicional de família ocorre a partir da década de oitenta, altura em que começam a surgir definições mais alargadas e fora dos limites habituais. Assim, o conceito atual de família apresenta-se bastante mais amplo que a definição tradicional, que concebia a família como uma unidade limitada e restrita de pessoas que coabitavam ou, estariam ligadas entre si por laços de consanguinidade, matrimónio ou adoção (Hanson, 2005).

Nos tempos atuais, família é vulgarmente considerada como o núcleo central de individualização e socialização, no qual se vive uma circularidade permanente de emoções e afetos, positivos e negativos, entre todos os elementos, sendo estes elementos autodefinidos (Hanson, 2005). Esta perceção vai de encontro à definição proposta por Friedman (1998 cit. por Figueiredo, 2002) que conceptualiza família como o conjunto de dois ou mais indivíduos, unidos por laços afetivos, de proximidade e partilha, e que se identificam a si próprias como fazendo parte de uma família.

Segundo a CIPE família é entendida como um *grupo, uma unidade social, ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes* (ICN, 2011, p.115). Esta unicidade inerente ao grupo constitui-se através de um espaço privilegiado de construção social da realidade em que, através das interações entre os seus membros, os factos do quotidiano individual recebem o seu significado e os unem, pelo sentimento de pertença, àquela e não a outra família.

A família é uma comunidade onde a afetividade e o amor são formas vitais e dinâmicas de equilíbrio e estabilidade social, sendo única no seu papel, que se apresenta como determinante e essencial para o crescimento e desenvolvimento físico, social e afetivo, e para o bem-estar biopsicossocial dos seus membros, sobretudo, durante o período da infância e adolescência (Armond, 2004; Macedo,

1983 cit. por Lopes e Fonseca, 1992). Família é, então, um lugar de crescimento, de autonomia, de realização, de convívio, de livre expressão de afetos, de alegria e sofrimento, de liberdade e de mudança (Diogo, 2001). De um modo geral, é um sistema que está em constante transformação, adaptando-se às diferentes exigências das diversas fases do seu desenvolvimento, de modo a assegurar a continuidade e o crescimento dos seus membros (Minuchin, 1982).

A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Bertalanffy, permitiu olhar a família como uma unidade onde interagem mutuamente vários elementos, em que cada elemento da família é tanto um subsistema como um sistema. O subsistema parental da unidade familiar é, frequentemente alvo da pressão social, pois a sociedade espera que estes sejam pessoas capazes de desempenhar, adequadamente, as funções e tarefas essenciais à continuidade do sistema familiar, e que manifestem determinados comportamentos para com os seus filhos (Relvas, 1996; Alarcão, 2002). Espera-se que os pais, no exercício da parentalidade, desempenhem diversas *funções executivas como proteção, educação, integração na cultura familiar relativamente a gerações mais novas* (Alarcão, 2002, pag.351).

De acordo com a CIPE, papel parental consiste em *interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel dos pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente* (ICN, 2011, p. 66). Neste sentido, as tarefas parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais (Kennel, 1995, cit. por Jorge, 2004).

Tendo em conta a perspectiva sistémica atual de família, bem como o seu papel no crescimento e desenvolvimento dos seus elementos, e a complexa rede de interações, torna-se evidente que o comportamento de um membro da família irá afetar significativamente o dos outros, e o da família enquanto sistema familiar afetará o comportamento individual de cada um dos seus membros, revelando-se, assim, a importância de olhar a família sob uma visão holística, e atuar não somente no subsistema individual, mas sim, no sistema familiar, como foco do cuidado de Enfermagem.

1.3.2 - A Família como Foco da Prática de Enfermagem

A evolução dos diferentes ramos da psicologia e da pediatria, bem como, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem, permitiu, gradualmente, conferir enormes subsídios para a prática de Enfermagem Pediátrica, que se pretende enquadrada num sistema de saúde cada vez mais humanizado, e capaz de dar respostas eficientes e em tempo oportuno a situações que se prendem com os aspetos físicos, sociais e psicológicos, em torno da saúde e da doença, da hospitalização e da prossecução dos cuidados em âmbito domiciliário. Esta evolução possibilitou a permanência dos pais em período integral no ambiente hospitalar e a sua participação no cuidado, tendo assim, a natureza da relação entre crianças, pais e profissionais de saúde, desencadeado novas formas de organização na assistência à criança hospitalizada. Nesta perspetiva, o foco de atenção em saúde, é ampliado e emerge a necessidade de dirigir o olhar para a família como objeto do cuidado, num processo de relações e intervenções para além do atendimento clínico dirigido, apenas à criança (Collet e Rocha, 2004)

De acordo com a informação explanada ao longo deste capítulo, são inúmeras as evidências científicas que nos revelam que a manutenção dos vínculos familiares durante a hospitalização beneficia tanto a família quanto a criança. De facto, acredita-se que nenhum comportamento terapêutico terá êxito assegurado, a médio e a longo prazo, se o núcleo familiar não for incluído no seu plano de atuação.

A família é considerada o local privilegiado dos cuidados, pois é no seu seio que o indivíduo não só recebe cuidados, como aprende a cuidar hábitos de saúde/doença. Assim, sendo a família o grupo de pessoas que primeiro nos dispensa o cuidado durante toda a nossa existência, é natural esperarmos que nos acompanhe também durante uma situação de doença. Diogo (2001, p. 19) acrescenta, ainda, que os pais conferem *uma dimensão aos cuidados que, de outra forma, perder-se-ia: um relacionamento afetuoso e um ambiente social “quente”, insubstituível, que só a família consegue proporcionar*. Elsen e Patrício (1986, cit. por Marcon e Elsen, 1999, p. 22) corroboram o anteriormente exposto, ao referir que a família é o *agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem as suas necessidades*. Assim, a presença do familiar é fundamental no cuidado,

pois afigura-se como fonte de proteção e segurança para a criança hospitalizada; permite a prossecução do seu papel; possibilita uma relação de estímulos agradáveis, tornando o ambiente menos agressivo; e contribui para o fortalecimento de laços afetivos, de compreensão, amor e cuidado (Silva e Correa, 2006).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, ao abrigo do artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro,

(...) enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

No que respeita as funções do profissional de enfermagem, de acordo com a alínea 1) do artigo 5º, *os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade*, pois o enfermeiro é, por excelência, o técnico de saúde que perante uma situação promove a intervenção de outros, caso tal se verifique necessário.

A OE (2003, p. 5) sublinha, ainda, que *as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados*. Assim, tendo em conta o conceito central de enfermagem, o papel do enfermeiro, e as particularidades da criança e da família, torna-se clarividente a necessidade de incluir a família como unidade de cuidado, na qual todos os membros são reconhecidos como foco de atenção para a prática de enfermagem. Emerge, assim, um novo paradigma que considera que é praticamente impossível assistir o indivíduo, doente ou sadio, descontextualizado do seu meio mais próximo, a família (Marcon e Elsen, 1999).

Segundo Franck e Callery (2004, p. 266) os cuidados centrados na família abrangem conceitos de:

Participação dos pais na prestação de cuidados de saúde à criança; parceria e colaboração entre a equipa de saúde e os pais na tomada de decisão; ambientes hospitalares considerados como amigáveis para as famílias, que normalizam, tanto quanto possível, o funcionamento da família no contexto dos serviços e prestação de cuidados não só à criança mas, também, aos membros da sua família.

São portanto cuidados em que há uma parceria dos pais e das próprias crianças na tomada de decisão e participação nos cuidados e tratamentos à criança (Simons, Franck e Roberson, 2001).

Nos últimos anos, a Enfermagem Pediátrica tem registado avanços significativos, sendo que os cuidados centrados na família são considerados, atualmente, um conceito central neste ramo da Enfermagem. Esta filosofia de cuidado reconhece o papel integral da família na vida da criança, reconhecendo-a *como uma parte essencial do cuidado da criança e da experiência da doença* (Smith e Conant, 2000 cit. por Algren, 2006, p. 652). Deste modo, o centro de atenção de enfermagem estende-se às interações intra e interfamiliares, ao funcionamento da família enquanto unidade, integrando-a no processo de tomada de decisão e auxiliando na mobilização de recursos/reservas quando necessário (Marcon e Elsen, 1999).

Segundo Diogo e Rodrigues (2002, p. 17), cada vez mais enfermeiros de Saúde infantil e Pediátrica enfatizam que (...) *é essencial o reconhecimento dos pais como elementos activos e responsáveis da equipa de saúde pediátrica, valorizando o seu papel junto do filho, encarando-os como o elo da ligação e de comunicação entre o técnico e a criança, realizando um trabalho de parceria que promova o seu papel e diminua a percepção de sentimentos de impotência e frustração, e da perda do seu papel parental (...).*

Neste sentido, no cuidado à criança hospitalizada, a família constitui-se, sempre, como Foco da prática de Enfermagem, ou seja, como uma área de atenção relevante para a prática. Simultaneamente pode constituir-se como Cliente, isto é, sujeito a quem o diagnóstico se refere e é beneficiário das intervenções dos enfermeiros, e/ou como recurso para concretizar ou otimizar determinadas intervenções cujo beneficiário é a criança (ICN, 2011). Como beneficiários ou clientes, eles requerem informação e acompanhamento, por parte dos profissionais, de forma a reunirem as melhores condições para lidarem com a situação/problema. Como parceiros do cuidar, os familiares poderão ter um papel ativo na prestação de cuidados à criança, assim como no processo de tomada de decisão e na mobilização de recursos. No entanto, para que isto aconteça, cabe à equipa de enfermagem, capacitar a família e potencializar as suas capacidades, através de ações de educação para a saúde, integradas na prática diária do cuidado interdisciplinar, para que esta possa assumir o seu papel de cuidadora (Martins, 2000).

Para a otimização deste processo de parceria é importante que a família seja acompanhada desde a admissão e que o enfermeiro esteja atento às

necessidades que esta apresenta, durante todo o processo de hospitalização da criança. Frequentemente os pais necessitam de ser recetores dos cuidados de enfermagem antes de se constituírem parceiros dos cuidados, pois os benefícios da sua presença e participação no cuidado à criança irão depender do seu ajustamento à situação. Como referido anteriormente, a hospitalização é encarada não apenas como uma situação crítica para a criança, mas também como um fator de exposição da família a uma situação traumática que requer atenção da equipa de enfermagem. É portanto necessário auxiliar a família a encontrar estratégias de *coping* eficazes, que lhe permitam adaptar-se à nova situação e organizar-se de forma a atender tanto às necessidades da criança doente, como às necessidades dos restantes membros, desenvolvendo capacidades que conduzam a uma convivência familiar harmoniosa (Althoff, Renck e Sakae, 2005). Assim, é essencial que os enfermeiros estejam atentos e saibam dar resposta às necessidades que a família apresenta a partir do momento em que vivencia a doença de um filho, e tudo aquilo que esta envolve.

Se atentarmos a estes aspetos, a família, a criança e os próprios profissionais de enfermagem, bem como a restante equipa de saúde, beneficiarão muito deste envolvimento bem-sucedido. A própria instituição e mesmo a economia da saúde, embora em menor grau, também serão favorecidas.

A participação ativa dos pais nos cuidados ao filho estimula o papel parental, diminui a angústia de separação e tende a criar autoconfiança e proporcionar segurança, perante as suas próprias competências e habilidades. Os pais, ao acompanharem a evolução da situação da criança, e ao presenciarem e participarem nos cuidados prestados, sentem-se menos ansiosos e desamparados, o que ajuda a diminuir ou inviabilizar a ocorrência de conflitos entre os parceiros do cuidado e o distanciamento proveniente da atribuição de culpas. A manutenção dos laços familiares, que são vitais para o seu ajustamento social e psicológico durante a hospitalização, é igualmente facilitada (Fernandes, 1988; Santos, 2001; Jorge, 2004). Este ajustamento dos pais é, também, crucial para a criança, na medida em que, capta os comportamentos, sentimentos e emoções deles, e esta harmonia favorecerá o processo de recuperação da mesma.

No processo de acompanhamento, os pais beneficiam, ainda, do ensino oportuno que lhes é feito, possibilitando-lhes a continuidade de cuidados adequados à criança mesmo após a alta (Jorge, 2004).

Para a criança o benefício da presença e participação dos pais na prestação de cuidados durante a hospitalização, para além de proporcionar continuidade de cuidados, suporte emocional dá resposta, de uma forma única e insubstituível, às

suas necessidades de desenvolvimento, diminuindo assim o impacto da hospitalização no seu bem-estar biopsicossocial (Newton, 2000).

A equipa de saúde é favorecida com a presença dos pais durante a hospitalização da criança, porque ela permite a inter-relação equipa/pais/criança e o intercâmbio de informação. A integração dos pais no cuidado ao filho, em tempo integral, reflete-se, na maioria das vezes, numa criança mais calma e segura, o que permite uma melhor e mais eficiente intervenção da equipa. A equipa dispõe, em qualquer momento, de informação personalizada acerca da criança, dos seus hábitos e dificuldades, bem como do ambiente familiar e beneficia da disponibilidade da família para executar tarefas específicas do papel parental, como afeto e conforto, permitindo uma melhor organização e gestão do tempo. Este relacionamento favorece, ainda, o enriquecimento pessoal e profissional, pela partilha de experiências, e facilita o planeamento dos cuidados à criança pois permite a interseção entre o conhecimento profissional e o conhecimento particular da individualidade da criança, possibilitando um cuidado mais personalizado (Jorge, 2004).

Por último, a instituição beneficia de um incremento nos casos bem-sucedidos, e de um menor dispêndio de recursos materiais, pois toda esta dinâmica irá refletir-se, beneficemente, no processo de recuperação da criança, o que diminui o tempo de internamento, e o número de recorrências hospitalares após a alta, minimizando, de forma saudável, despesas na saúde (Santos, 2001).

É de notar que, apesar de desejada, a presença dos pais não deve ser imposta, uma vez que deve ser respeitada a dificuldade que alguns manifestam quer por razões profissionais, familiares, pela dificuldade de encarar a hospitalização do seu filho, bem como pelo cansaço que possa advir de uma presença constante.

Em suma, a filosofia de cuidados à criança, centrada na família é considerada essencial para a humanização dos cuidados pediátricos e é sugerida como uma forma de minimizar possíveis problemas enquanto se respeita a relação da criança com os pais, e de assegurar um planeamento de cuidados que engloba não apenas as necessidades da criança mas também da família (Hallstrom e Elander, 2004; Franck e Callery, 2004; Shields, 2006; Jolley e Shields, 2009). Nesta abordagem holística do cuidado torna-se necessário uma enfermagem atuante, que dê prioridade ao aspeto educativo da assistência, que a família e os enfermeiros interajam e comuniquem de forma satisfatória, para que a família tenha condições de assumir funções ativas no cuidado à criança.

1.3.3 - O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Apesar de conhecidos os benefícios do envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e da existência de inúmeras políticas que incentivavam esta prática, os modelos de enfermagem até a década de oitenta, do século XX, faziam pouca ou nenhuma referência à participação dos pais/familiares nos cuidados ao filho.

Em 1988 emerge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família. É denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, foi elaborado por Anne Casey e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993).

Segundo Casey (1993, p. 233), *os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.* Esta autora defende, ainda, que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspectiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

Este modelo, que respeita e valoriza a participação dos pais no cuidado à criança, engloba cinco conceitos fundamentais, sendo eles:

i. Criança

Casey afirma que desde o nascimento a criança se encontra dependente de outras pessoas para a satisfação das suas necessidades. A maioria delas é satisfeita em aliança com os pais ou outros familiares. A criança, à medida que cresce, desenvolve capacidades e adquire conhecimentos, que a tornam capaz de dar resposta às suas próprias necessidades. Este percurso permite-lhe, gradualmente, tornar-se menos dependente dos seus prestadores de cuidados até atingir a independência total. Esta etapa termina com a capacidade de autocuidar-se, o que vai acontecer quando atingir a maturidade (Casey, 1993; Farrel, 1994).

ii. Saúde

É definida por Casey como o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, permitindo que a criança atinja o seu máximo potencial. Defende, ainda, que a existência de qualquer alteração não

identificada, ou não corrigida, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

iii. Ambiente

O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por inúmeros estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia. Casey considera que aqueles que têm origem em estímulos externos, isto é, fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que está sujeita. Assim, estes estímulos devem ser imbuídos de amor e cuidados para que a criança se possa sentir segura e confiante, para desenvolver a sua independência (Casey, 1993; Farrel, 1994).

iv. Família

Este conceito, no modelo de Casey, é definido como uma unidade de indivíduos com maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pelos pais ou outros familiares, são denominados cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados para satisfazer as necessidades quotidianas da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

v. Enfermeiro Pediátrico

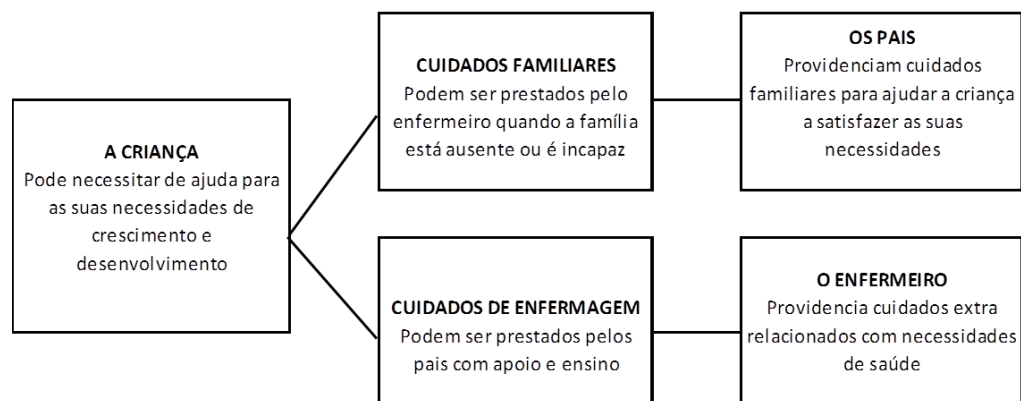
Casey determina que o papel do enfermeiro pediátrico contém uma série de responsabilidades que o mesmo terá de assumir, de forma eficiente, enquanto profissional de cuidados de saúde. O enfermeiro pediátrico é responsável pelas atividades de cuidados de enfermagem/familiares, desde ensino, orientação e apoio em técnicas; transmissão de conhecimentos aos membros da família; encaminhamento para outros profissionais (Casey, 1993).

Neste modelo, Casey faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem e considera que os primários englobam os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança, tais como higiene, alimentação, conforto e amor, e os cuidados de enfermagem são cuidados que envolvem alguma diferenciação, e têm por objetivo satisfazer outras necessidades da criança, presentes em virtude do seu quadro fisiopatológico. De acordo com o modelo, o enfermeiro apenas deveria prestar cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, incentivando os pais a prestar todos os cuidados familiares. Contudo, esta abordagem de cuidados é flexível, sendo que, no cuidado à criança e em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha atividades de cuidados familiares e outras em que os pais, com ensino, instrução e

supervisão do enfermeiro, tomam a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem (Casey, 1993).

O modelo de enfermagem de parceria de cuidados de Casey pode ser ilustrado da seguinte forma esquemática (figura 1):

FIGURA 1 - Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey ¹



A parceria de cuidados, segundo Casey (1993), não requer distribuição igual de tarefas, compartimentalização de funções, nem impõe qualquer limite à participação dos pais no cuidado à criança, a definição dos limites decorre, apenas, da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e enfermeiros. De facto, a base deste modelo é o sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança e família.

A negociação da parceria de cuidados é considerada o mais elevado nível de participação na prática de cuidados, sendo para isso necessária uma forte comunicação entre os diversos intervenientes no processo de cuidados. Assim, o enfermeiro deve agir como promotor do processo de envolvimento da família no cuidado, e em parceria devem, através de um processo de negociação, clarificar quais os cuidados que a família deseja prestar e desenvolver ações conjuntas complementares, com vista ao bem-estar da criança. Neste processo, além do envolvimento, o enfermeiro deve ser capaz de proporcionar ensino, orientação e apoio específico à família, de modo a que a participação dos pais seja fundamentada em decisões informadas. A sua conduta deve ser alicerçada no respeito, flexibilidade e valorização das necessidades de cada criança e de cada família, sendo esta essencial para a relação que se estabelece entre os parceiros

¹ Fonte: Adapt. CASEY, Anne; MOBBS, Sarah - Partnership in Practice; Nursing Times; 1988, p.66

do cuidado. Nesta perspectiva, é esperado que o enfermeiro seja capaz de se afastar de rotinas pré-estabelecidas do serviço, personalizando e adequando o cuidado às necessidades da criança e da família.

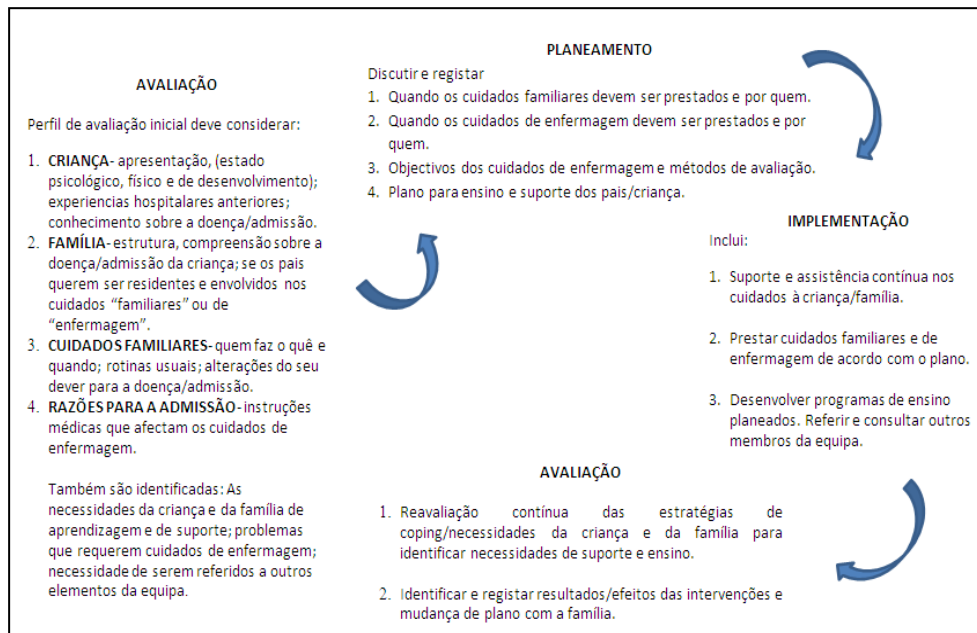
No modelo, Casey ao destacar o enfermeiro pela sua função preponderante na promoção da recuperação e reabilitação da criança, advoga-lhe um papel importante, que consiste no encaminhamento para outros profissionais capazes de responder às necessidades que identificou numa perspetiva de cuidados holísticos à criança (Monteiro, 2003).

É de notar que, apesar de este modelo identificar claramente a importância do papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos, salvaguarda que, face à sua ausência ou incapacidade de permanecerem junto da criança, o enfermeiro é o responsável por garantir que sejam prestados os melhores cuidados de saúde à criança, tentando manter as rotinas de conforto e carinho habituais do domicílio.

O modelo também integra a importância do processo de enfermagem na prática diária do enfermeiro de cuidados pediátricos, constituindo-se este como um instrumento basilar que permite a identificação de problemas e a sua resolução, descrevendo sistematicamente o modo de agir dos enfermeiros. Casey ao analisar no seu modelo áreas fulcrais, sob as quais o enfermeiro deve incidir e estabelecer uma conduta de atuação, está simultaneamente a delinear um processo de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada.

O processo de enfermagem proposto por Casey no Modelo de Parceria pode então ser apresentado esquematicamente da seguinte forma (figura 2):

FIGURA 2 - Processo de enfermagem segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Casey ²



Assim, segundo o modelo, na apreciação inicial torna-se necessário efetuar uma colheita de dados completa que englobe não apenas a criança mas também a família, focalizando as dimensões de vida e os seus eventos, bem como os conhecimentos sobre a doença e a hospitalização. Estes dados irão permitir ao enfermeiro: identificar as necessidades, ou seja, os focos de atenção da prática de enfermagem da criança e dos seus pais; determinar os resultados esperados e implementar as intervenções de enfermagem mais adequadas para dar resposta às necessidades previamente identificadas. Na fase de planeamento deve ser aplicado o processo de negociação, o qual deve estabelecer quem é que vai prestar os cuidados familiares e de enfermagem, assim como o nível de envolvimento dos pais nesses cuidados. É, ainda, nesta etapa que se determinam os objetivos dos cuidados de enfermagem e os planos para ensino e apoio aos pais. Na implementação é fornecido apoio contínuo e assistência na prestação de cuidados à criança e à família; são executados os cuidados, assim como os programas de ensino planeados. Por fim, na fase da avaliação, são identificados e registados os resultados das intervenções e, eventuais, alterações de planos com a família, e efetuada uma reavaliação das necessidades da criança e da família, no sentido de identificar, possíveis, novas necessidades.

² Fonte: Adapt. CASEY, Anne - Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER, E.; TUCKER, A. - Advances in Child health nursing. London: Scutari Press, 1993. P.193

De uma forma geral, este processo cíclico, ao ser implementado na prática permite conhecer as necessidades de cada criança/família, estabelecer intervenções personalizadas destinadas a resolver os seus problemas específicos, implementar as intervenções e, por fim, avaliar os resultados obtidos que poderão levar a novos dados que serão incorporados no plano de cuidados da família, de modo a atender essas novas necessidades, conduzindo, assim, a um cuidado de enfermagem idealmente concebido para a criança, que compreende uma visão do cuidado centrado na família, com a família e pela família.

1.3.4 - Participação da Família: Um processo de Negociação

A filosofia atual do cuidado, que integra os pais na assistência à criança hospitalizada, não requer apenas uma simples alteração no papel familiar, mas, sobretudo, nas atitudes e na dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde, incumbidos da tarefa de facultar o envolvimento destes no cuidado à criança. De facto, a inserção de um acompanhante e o seu envolvimento no processo terapêutico torna fundamental a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado, de modo a evitar que se criem conflitos entre ambas as partes envolvidas na parceria.

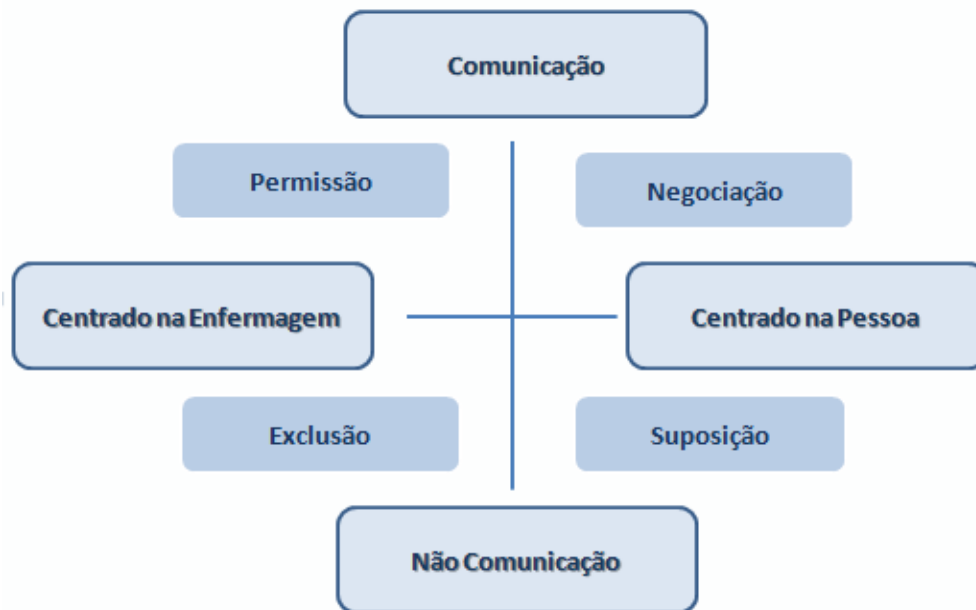
Segundo Tourigny, Chapados e Pineault (2005, p. 491) *os pais referem dificuldades em trabalhar com os enfermeiros e em negociar o seu papel no hospital. Segundo estes mesmos autores a pouca familiarização dos pais com o hospital (pessoal e rotinas) parece ser o fator principal para os problemas de comunicação entre os pais e a equipa*, bem como a falta de confiança na equipa de saúde e a pouca informação disponibilizada pelos profissionais acerca da situação clínica do filho (Tourigny, Chapados e Pineault, 2005, p. 490-491).

Para que os pais tenham uma participação efetiva nos cuidados ao filho é necessário que os enfermeiros considerem a comunicação e a transmissão de informações instrumentos fundamentais. A comunicação com as famílias é imprescindível, pois estas têm que ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, elas próprias, sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados.

Casey (1995) considera que a comunicação e o estilo de enfermagem praticada influenciam o envolvimento dos familiares nos cuidados. Segundo a

autora podem surgir quatro tipos de abordagem quando se cruzam os dois eixos do *continuum comunicação - não comunicação* e *centrado na pessoa - centrado na enfermagem*, que vão desde a exclusão, passando pela suposição e permissão, até ao mais alto nível de abordagem, a negociação (Figura 3).

FIGURA 3 - Abordagem à família segundo o Estilo de Enfermagem e o tipo de comunicação³



A exclusão é considerada um tipo de não comunicação, com uma visão centrada na enfermagem. O recurso a este tipo de abordagem pretende estabelecer um afastamento entre os pais e o profissional de saúde, através da utilização de linguagem demasiado técnica para a compreensão destes. O papel dos pais é apenas presencial, constituindo meros espetadores dos cuidados que são prestados pelo profissional de enfermagem. Este tipo de abordagem gera grande conflito entre pais e enfermeiros. Ainda na esteira da não comunicação temos a suposição, sendo o estilo de enfermagem praticado centrado na pessoa/família. Os enfermeiros que trabalham segundo esta abordagem fazem suposições acerca das necessidades das famílias, desejos e habilidades, baseados nas opiniões subjetivas que possuem acerca dos pais. Os procedimentos são descritos como muito complexos para estes perceberem, o que lhes transmite nervosismo, insegurança e sensação de incapacidade para os executar.

³Fonte: In Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. P.1060

Com recurso à comunicação, temos a permissão, um estilo amplamente utilizado, mas com uma abordagem centrada na enfermagem. Os enfermeiros que trabalham segundo este padrão, avaliam os desejos dos pais e permitem o envolvimento dos mesmos, no entanto, impõem limites à sua participação, estabelecendo uma clara linha separadora entre aqueles que são os cuidados familiares, que os pais podem prestar, e os cuidados de enfermagem, concebidos como cuidados especializados que apenas podem ser prestados pelo enfermeiro. Segundo um estudo efetuado por Brown e Ritchie (1990), os enfermeiros que adotam este modelo na sua prática argumentam que a sua falta de vontade em envolver os pais noutra tipo de cuidados é, frequentemente, influenciada pela sua preocupação sobre as capacidades e habilidades destes, para cuidar adequadamente e de forma segura do filho.

Por último, temos a negociação, um estilo de enfermagem holístico, baseado na filosofia atual dos cuidados centrados na família, e que valoriza a informação e a comunicação como meio para promover a participação dos pais, através do estabelecimento de um compromisso em que *cada um conserva os seus próprios objetivos, aceitando contribuir para um objetivo comum* (Gomes, 2002, p. 67).

De acordo com a CIPE negociar é uma ação de *Contratar: Conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo* (ICN, 2011, p. 68). O processo de negociação é caracterizado por uma dialética de interesses, em que cada parte entra na negociação com necessidades insatisfeitas que o outro pode atender, e com recursos para oferecer, procurando resolver divergências através da obtenção de um assentimento. Neste caso, os dois negociadores deverão trocar, de boa-fé, o máximo de informações para explorar todas as possibilidades do acordo.

A negociação implica uma discussão resultando num acordo mútuo, sem imposição de expectativas erróneas do enfermeiro pediátrico, devendo ele estar disposto a partilhar o conhecimento, a ouvir as preocupações, as necessidades e os conselhos da família, de forma a integrar uma filosofia negociada em parceria (Knight, 1995).

A relação estabelecida entre os enfermeiros e os pais, no processo de negociação, é uma relação sincera, aberta e colaborativa, alicerçada no respeito, na confiança, compreensão da individualidade de cada sistema familiar, e na valorização das necessidades e dos desejos de cada família para o bem-estar e desenvolvimento da sua criança (Casey, 1993; Almeida, 2001; Smith, Coleman e Bradshaw, 2006). A comunicação está naturalmente implícita a este processo e

constitui-se como um instrumento fundamental, sem o qual não pode haver negociação (Almeida, 2001).

O processo de negociação depende, ainda, da consciencialização do enfermeiro de que os parceiros são indivíduos capazes da execução do cuidado, e que se tornam mais competentes por meio do compartilhar de conhecimento, de habilidades e recursos; pela valorização das capacidades e das forças da família; e com o apoio e supervisão do enfermeiro (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006; Smith, Coleman e Bradshaw, 2006). Esta premissa é comprovada com a convicção de Casey (1993) de que, com a aplicação deste processo de negociação, a participação prática do enfermeiro nos cuidados tende a ser a menor possível. O enfermeiro inicia-se como prestador de cuidados, tornando-se depois colaborador e numa fase final, apenas supervisiona os cuidados prestados pela família. No entanto, importa sublinhar que, mesmo quando a tarefa é executada integralmente pela família, numa ação negociada, o enfermeiro mantém o compromisso sob a intervenção e a responsabilidade pela sua execução.

Os enfermeiros devem estar cientes que eles próprios não são os únicos peritos no cuidado à criança hospitalizada, e perceber que os pais, com ensino, orientação e apoio também se tornam especialistas neste cuidado. Assim, devem ver os pais como colaboradores e demonstrar o objetivo comum que os une: o restabelecimento da saúde da criança, possibilitando o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia de ambos na relação.

A participação da família nos cuidados é a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, e a negociação entre a tríade criança, família e equipa é um fator essencial na participação parental e no desenvolvimento de cuidados centrados na família, pelo que, os enfermeiros, no exercício do seu papel, devem ser os elementos instigadores do processo de negociação de cuidados com os pais (Coyne, 1995).

De facto, os enfermeiros estão numa posição privilegiada em relação aos pais, pois encontram-se familiarizados com o ambiente hospitalar, estando apenas expostos ao *stress* habitual da sua profissão; têm acesso a toda a informação; e têm maior controlo sobre a situação. Em contrapartida, para os pais, o ambiente hospitalar é, muitas vezes, desconhecido; estão sujeitos à ansiedade e ao *stress* de ter um filho internado; e estão dependentes de outros para terem acesso à informação. Deste modo, o enfermeiro está, claramente, numa situação que lhe permite controlar as relações, podendo optar, com vista à participação dos pais, educá-los sobre o seu papel no cuidado do filho, ou negociar com estes qual deve ser o seu papel, sendo este último, segundo um estudo efetuado por Callery e

Smith (1991), um método capaz de produzir um maior envolvimento dos pais no cuidado e minimizar conflitos e outros problemas encontrados na prática relacionados com a participação destes no cuidado.

A negociação de papéis é um processo contínuo e flexível, pelo que os papéis assumidos por cada um dos agentes envolvidos no cuidado são dinâmicos, podendo ser renegociados à medida que se verifiquem mudanças que o justifiquem.

Importa, ainda, referir que a negociação deve ser sempre considerada dentro de cada situação e contexto, sendo, por isso, importante conhecermos e compreendermos a individualidade de cada criança e de cada família, de forma a atendermos às suas necessidades e possibilidades. Por exemplo, uma família com uma criança com doença crónica pode desejar a hospitalização para se aliviar dos cuidados em casa. Por outro lado, outra, cuja criança é admitida no hospital pela primeira vez, deseja, muito provavelmente, envolver-se em todos os aspetos relacionados com os cuidados. Estas são duas situações que necessitam de diferentes abordagens, mas apropriados comportamentos relativos ao papel dos pais durante a negociação dos cuidados. Assim, questões como as dinâmicas familiares, os recursos económicos da família, as exigências de cuidado e o risco de sobrecarga são algumas das dimensões que devem ser avaliadas, de forma a adaptar o cuidado e gerir os recursos consoante a realidade de cada caso particular (Callery e Smith, 1991).

Trabalhar no prisma da tríade criança, família e equipa, nas unidades pediátricas, com recurso a um processo de negociação é, indubitavelmente, a filosofia de cuidados atual, pela qual os enfermeiros devem orientar a sua prática. Esta atitude, que reflete profissionalismo, requer estabelecer ações que visem possibilitar aos pais a integração e troca de experiências para a resolução de problemas; valorização da herança cultural dos familiares; e atendimento das necessidades e manifestações dos sentimentos dos pais acompanhantes, sendo que a qualidade do cuidado prestado pela equipa de enfermagem, reflete, em grande parte, o sucesso da negociação de papéis.

1.3.5 - *Parceria nos Cuidados: Que Implicações e Dificuldades para a Enfermagem*

Desde a integração da família junto da criança hospitalizada a tempo integral, passando pelo reconhecimento da importância do envolvimento e participação da mesma nos cuidados à criança, até à perspectiva atual de Modelo de Parceria de cuidados baseado num processo de negociação, a enfermagem tem sofrido um processo contínuo de organização e reorganização na dinâmica de trabalho, na tentativa de acompanhar a evolução da conceção de cuidados e integrar na sua prática os subsídios conferidos pelas mais diversas áreas do conhecimento.

A procura permanente da obtenção da máxima qualidade dos serviços prestados é o maior objetivo da enfermagem, exigindo, deste modo, do seu corpo de profissionais, a procura da excelência do exercício, em todo o ato profissional, assumindo estes o dever de (...) *reconhecer eventuais falhas que mereçam a mudança de atitude; procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; manter a atualização contínua dos conhecimentos; (...) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados* (...) (OE, 2009, p. 5).

Analisando a informação supramencionada, e dadas as evidências da aliança entre negociação de cuidados em parceria com a família e o incremento na qualidade de cuidado prestado, torna-se claro que o enfermeiro de cuidados pediátricos assume o dever de se esforçar por integrar na sua prática este modelo de parceria. No entanto, a este processo de inclusão impõem-se, ainda, alguns obstáculos que têm dificultado a aplicação deste, como é idealmente concebido, na prática diária dos enfermeiros.

As dificuldades que a equipa de saúde enfrenta em função da presença dos pais são várias, entre as quais se destacam a inadequação da área física, o número insuficiente de profissionais, a falta de confiança dos profissionais em partilhar o cuidado com a família e a falta de preparação por parte de alguns enfermeiros para assistirem as famílias (Andraus, Oliveira e Minamisava, 2004).

A presença de um acompanhante durante vinte e quatro horas na enfermaria requer algumas mudanças na estrutura do serviço. De facto, parte das estruturas físicas de alguns hospitais pediátricos não foram concebidas para acolher familiares, apresentando uma disposição estrutural inadequada para a interação física entre a tríade equipa/criança/família. No entanto, esforços progressivos têm-se verificado no sentido de minimizar este tipo de conflito e

facultar um pequeno espaço que crie condições para a permanência de um acompanhante junto da criança (Lima, Rocha e Scochi, 1999; Ranna [et al.], 1992). Contudo, as alterações no projeto da unidade ou no tipo de comodidades oferecidas aos pais, não são as maiores dificuldades impostas na aplicação deste modelo, mas sim a modificação da dinâmica de trabalho, pois, a assimilação desta nova visão do cuidado exige uma mudança na mentalidade e na atitude dos enfermeiros quanto à cooperação dos pais no cuidado à criança, na relação estabelecida e na qualidade de assistência (Collet e Rocha, 2004).

Com a nova perspectiva de trabalhar, lado a lado com os pais na enfermaria, o enfermeiro vê-se no delicado papel de assistir e orientar, também, os pais e dividir com eles a prestação de cuidado. Torna-se, assim, necessário que dirijam o seu olhar para a família como objeto do cuidado, num processo de produção de relações e intervenções, para além do atendimento clínico, o que requer tempo, disponibilidade e preparação (Soares e Leventhal, 2008; Issi [et al.], 2007; Ferreira, Vargas e Rocha, 1998)

A negociação entre os pais e a equipa de enfermagem, em relação aos cuidados a serem prestados à criança, durante o período de hospitalização, não tem sido uma tarefa fácil quer para a equipa, que não têm claro qual é o seu novo papel neste processo e que receia pelas habilidades da família para executar os cuidados e pela perda do reconhecimento profissional, quer para os pais, que não sabem o que deles é esperado nas unidades de internamento pediátrico. Alguns estudos revelam que alguns enfermeiros têm dificuldade em confiar nas capacidades dos pais e nas suas habilidades em cuidar da criança durante a hospitalização, e alegam que a participação destes inverte o processo e descaracteriza a identidade profissional. Estes factos, refletem-se nas relações entre pais e enfermeiros, impondo, por vezes, os enfermeiros limitações à participação dos pais nos cuidados, decidindo qual o papel destes, baseados nas suas convicções, sem considerar a perspectiva dos mesmos (Brown e Ritchie, 1990; Farrel, 1994; Coyne, 1995; Collet, 2002; Collet e Rocha, 2004).

Outra dificuldade imposta pela aplicação de um modelo de cuidados que exige uma grande inter-relação entre pais/enfermeiro e que contribui para o insucesso da negociação é relativa às crenças e aos juízos de valor que, por vezes, os enfermeiros fazem acerca dos pais e da participação ou não nos cuidados (Knight, 1995). Os modelos explicativos dos pais e/ou família face à doença são influenciados, sem dúvida, pelas crenças e valores; pela personalidade e cultura parental; e pela própria situação que estão a vivenciar. Importa, por isso, refletir neste ponto, sobre o que a OE (2001, p. 8) refere:

(...) no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

De facto, cada família possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e doença, que lhes dão sentido, podendo levar à não-aceitação de negociar sobre a participação nos cuidados ou, pelo contrário, à exigência de controlo dos cuidados pela família, ou mesmo à exigência ou vontade de adaptação do cuidado às suas crenças e valores. Qualquer uma das situações conduz frequentemente a conflitos entre pais e enfermeiros, decorrentes de interpretações erróneas que afetam negativamente o envolvimento da família e consequentemente, os cuidados prestados à criança. O insucesso da negociação interfere na prestação de cuidados à criança, pois o papel dos pais é desvalorizado e provoca uma rutura no envolvimento destes. Revela-se necessária a consciencialização de que este facto levanta questões ético-legais acerca dos direitos dos pais, e das crianças hospitalizadas. Conclui-se, assim, que a excelência do cuidado de enfermagem exige uma vinculação do conhecimento e aceitação do sistema de crenças de cada família (Angelo e Bousso, 2001).

Por outro lado, como já foi referido, um modelo de parceria de cuidados confere uma nova dimensão ao cuidado, este perde progressivamente a sua dimensão técnica e instrumental para assumir a cada dia, uma dimensão mais relacional, educacional e de apoio. O foco do cuidado passa a ser a família e o objetivo a sua inserção de forma partilhada no cuidado à criança, exigindo a identificação dos seus recursos cognitivos e potencialização dos mesmos através de ações de educação para a saúde. Assim, a educação contínua, o apoio, a orientação e a supervisão assumem-se como funções principais do fazer diário, da práxis do cuidado. Desta forma, esta filosofia integra a visão do papel do enfermeiro enquanto educador que é por excelência. No entanto, alguns enfermeiros parecem temer, apesar das habilidades que possuem para executar as mais diversificadas técnicas, não estarem aptos para ensinar (Lima, Rocha e Scochi, 1999).

É igualmente necessário clarificar o papel do novo agente de parceria, de forma a evitar que se torne num recurso mal aplicado pela equipa de enfermagem. Os cuidados à criança, tal como este modelo pressupõe, são frequentemente partilhados com os pais, porém, por vezes, é visível a existência de uma delegação de atividades sem co-participação, pois os

enfermeiros caem no erro de delegar tarefas e responsabilidades à mãe/pai e eximirem-se do seu principal papel (Collet e Rocha, 2004).

É de extrema relevância clarificar que a participação dos pais nos cuidados não pode ser vista como o assumir exclusivo da responsabilidade dos pais por certas tarefas, nem como uma forma de aliviar a carga de trabalho do enfermeiro, pois, a partir do momento que a criança se encontra internada está sob a responsabilidade deste profissional, pelo que, independentemente de quem executa a tarefa, ele assume a responsabilidade pelo sucesso e pelos riscos da sua execução. Assim, a família pode e deve participar na execução dos cuidados à criança, mas o enfermeiro não pode descurar da dupla responsabilidade que lhe é impressa: a de ensinar e instruir corretamente a família e a de apoiar e supervisionar a execução da tarefa.

O enfermeiro tem de estar ciente de que, ao delegar indiscriminadamente tarefas aos pais e ao eximir-se da supervisão, está a opor-se ao regulamento do exercício profissional, que afirma no artigo 10º *a delegação de tarefas não retira a responsabilidade dos enfermeiros sobre essa tarefa delegada (...) tal como as consequências que daí advenham* (SEP, 2006, p. 14). O Código Deontológico dos Enfermeiros reforça esta questão, no artigo 88º, alínea e), ao determinar que o enfermeiro assume o dever de *garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo a responsabilidade pelas mesmas* (OE, 2009, p. 5).

Importa também referir que, ao assumir esta filosofia de parceria, o enfermeiro não pode descurar a necessidade de trabalhar a família, antes de trabalhar com a família, pois desta forma não só favorece o ajustamento dos pais à situação vivenciada, como facilita todo o processo relacional que a negociação implica, evitando conflitos entre pais e enfermeiros. Pois, como afirmam Silva e Correa (2006, p. 3), trabalhar a família *exige, fundamentalmente, a captação das suas experiências internas, aquelas que nos revelam os significados que a família atribui aos eventos que vivência*, para os quais o enfermeiro terá de estar atento para, posteriormente, atuar sobre eles.

Podemos então concluir que este novo paradigma de assistência à criança hospitalizada se reveste de inúmeros benefícios, quer para a família e para a criança, quer para a qualidade da assistência da enfermagem. Para a família, porque lhes permite usufruir o máximo de participação e promover identidade maternal/paternal, exprimindo prazer e satisfação pela consecução do seu papel. Para a Enfermagem, visto que se constitui a possibilidade mais credível para a obtenção dos melhores resultados a médio e longo prazo. No entanto, da teoria à

prática constata-se, ainda, uma panóplia de fenómenos complexos que dificultam a sua aplicação tal como é idealmente concebido, sendo por isso necessárias mais reflexões sobre a prática, mais estudos e contributos das diversas áreas do conhecimento, mas sobretudo o esforço de todos para o alcance dos resultados ambicionados.

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A hospitalização da criança tem constituído um assunto de investigação desde 1940 (Shields e Coyne, 2006), pois é considerada uma situação stressante quer para as crianças quer para a família (Hopia, Tomlinson e Paavilainen, 2005).

A presença dos pais/acompanhantes durante este evento e a sua participação nos cuidados, a prestar à criança, são consideradas essenciais para o bem-estar da criança e dos próprios pais (Simons, 2002) e tornaram-se marcos da enfermagem pediátrica (Power e Franck, 2008). Contudo, poucos estudos têm sido realizados com o objetivo de analisar a perceção dos enfermeiros sobre o acompanhamento da criança hospitalizada, tornando-se, portanto, necessário aprofundar este tópico de investigação com o objetivo de otimizar os cuidados de enfermagem prestados à criança/família hospitalizada.

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real em que vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação. Pode-se afirmar que, pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos e fenómenos. Está ainda, intimamente ligada à teoria, dado que contribui para o seu desenvolvimento, quer seja para a produzir, quer seja para a verificar conhecimento. A teoria, por sua vez, aumenta a compreensão dos fenómenos estudados pela investigação, e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas.

Apesar da panóplia de metodologias existentes para a aquisição de conhecimento, a investigação constitui-se como o método mais rigoroso e aceitável de aquisição do mesmo, uma vez que assenta num processo racional. Um aspeto importante que distingue a investigação dos outros métodos é que esta pode ser corrigida conforme a sua progressão, e permite recolocar em questão tudo o que propõe.

A investigação é aplicada ao conjunto das disciplinas e, como tal, a sua importância e o seu papel no desenvolvimento destas é indiscutível. O objetivo da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina, desempenhando um papel preponderante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. Assim, é com base nesta premissa que todos os enfermeiros, qualquer que seja a sua formação, têm a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no corpo de saberes da enfermagem. Para que tal aconteça, é necessário que haja uma sucessiva pesquisa e produção de saberes, que só serão assegurados através da investigação. A enfermagem, à semelhança das restantes disciplinas do conhecimento, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimento.

O artigo 88^a, alínea a) do Código Deontológico, salienta como dever do profissional de enfermagem, com vista a excelência do exercício *analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude e comportamentos* (OE, 2009, p. 5). A OE (2003, p. 8) corrobora com o citado ao preconizar, ao abrigo do artigo 9º referente às Intervenções dos enfermeiros, na alínea 5) que *os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral*.

A presente etapa do projeto de investigação é, segundo Fortin (2009, p.27), uma etapa revestida de *um carácter concreto, que comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados*.

Neste capítulo descrevem-se os procedimentos realizados e as justificações para a direção e opções tomadas, no sentido de dar resposta à questão de partida da presente investigação. O capítulo encontra-se estruturado em oito subcapítulos: a metodologia, questão de investigação, objetivos do estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, colheita de dados, tratamento estatístico e questões éticas.

2.1 - Metodologia

No decorrer desta fase o investigador determina os métodos que vai utilizar para obter as respostas à questão de investigação formulada. É necessário escolher o tipo de estudo, o método de colheita e análise de dados e assegurar-se que o material em análise é fiel e válido. Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.

A pesquisa científica permite estudar um assunto de interesse utilizando o método científico. O método científico pode ser definido como *investigações controladas e sistemáticas que apresentam as suas raízes na realidade objetiva que buscam o desenvolvimento de conhecimentos gerais acerca de fenómenos naturais* (Polit e Hungler, 1995, p. 93).

Segundo Fortin (1999) a metodologia corresponde ao conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação, fazendo parte do relatório, e descreve os métodos e técnicas utilizadas no quadro dessa investigação

O método de investigação é um método sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, este é, segundo Fortin (1999, p. 22), *baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...) e tem (...) por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos*. A mesma autora refere que *a escolha de um método depende da orientação do investigador, das suas crenças, da sua preferência e sobretudo da questão colocada* (1999, p. 36).

Considerando o domínio da investigação, o presente estudo insere-se no paradigma positivista, no método quantitativo, de natureza exploratória. Realizou-se uma pesquisa quantitativa uma vez que, para dar resposta à pergunta de investigação era desejável um número elevado de participantes.

O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações e contextos, fazendo apelo a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações causais e funcionais para descrever situações de forma rigorosa (Fernandes, 1991; Fortin, 2009).

Assim, como supramencionado, no sentido de viabilizar o presente estudo e para atingir os objetivos que serão mencionados, optou-se por efetuar um estudo do tipo exploratório e transversal. Um estudo exploratório, *procura conhecer melhor os fenómenos em estudo (...) tentando indagar as características dos conhecimentos ou situações. Explora-se uma determinada realidade por pouco que se conheça sobre ela* (Oliveira, 2002, p. 15). Este método visa obter mais informação acerca das características da população em estudo, ou sobre os fenómenos sobre os quais existem menos trabalhos de investigação, permitindo desta forma, proceder à caracterização de fatores determinantes ou conceitos que eventualmente se associem ao fenómeno.

Relativamente ao tempo, o estudo é do tipo transversal, uma vez que os dados serão colhidos num único momento, visando avaliar os fenómenos num curto espaço de tempo, uma vez que o problema em análise apenas requer uma observação num período temporal delimitado.

Dadas as conceções sobre o método de estudo, o presente projeto enquadra-se nesta perspectiva, na medida em que se pretende, de acordo com a revisão efetuada e as respostas dos participantes, verificar padrões dos dados e os seus possíveis significados.

2.2 - Questões de Investigação

As questões de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo a procura de respostas. Para Fortin (1999, p. 51), a questão de investigação revela-se como *uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações*. Esta mesma autora acrescenta ainda que as *questões de investigação são as que pressupõe um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizáveis* (Fortin, p. 72, 2009). Strauss e Corbin (cit. Straubert e Carpenter, 2002) corroboram esta informação ao afirmar que a questão de investigação identifica o fenómeno a ser estudado, mais especificamente, delimita e clarifica o fenómeno de interesse.

Deste modo a questão que irá nortear o desenvolvimento do estudo prende-se com:

Qual é a perspectiva dos enfermeiros sobre a presença e participação dos acompanhantes, nos cuidados a prestar à criança, durante a hospitalização da criança?

Decorrente da questão anteriormente delineada, emergiu outra questão de investigação:

- Quais os direitos e deveres que os enfermeiros atribuem aos acompanhantes durante o processo de hospitalização da criança?

2.3 - Objetivos do Estudo

Qualquer trabalho, seja de investigação ou não, pressupõe a delineação de objetivos por parte dos autores já que são eles que despertam no investigador a sede de desenvolver um estudo.

Para Fortin (1999, p. 100) *o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação*, e consiste num *enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão*.

O primeiro passo num estudo de investigação é desenvolver um problema de pesquisa significativo e interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o investigador tem, necessariamente que definir os objetivos que pretende atingir com a realização dessa investigação.

Este estudo pretende contribuir para aumentar o conhecimento sobre a presença e a participação dos acompanhantes durante a hospitalização da criança, na perspectiva dos enfermeiros, visando a melhoria dos cuidados prestados à criança internada. A abordagem efetuada encontra-se direcionada para os profissionais de Enfermagem, com o objetivo final de promover a melhoria dos cuidados de saúde à criança hospitalizada e à família, através da identificação das bases em que se alicerçam os comportamentos dos enfermeiros dos serviços de pediatria.

O primeiro passo num estudo de investigação é desenvolver um problema de pesquisa significativo e interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o investigador tem, necessariamente, que definir os objetivos que pretende atingir com a realização dessa investigação.

Tendo em conta as questões de investigação, o objetivo geral deste estudo foi: Caracterizar a perceção dos enfermeiros sobre o acompanhante durante o processo de hospitalização da criança.

Para conseguir dar resposta a este objetivo geral, foram delineados alguns objetivos específicos:

- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a presença e participação dos acompanhantes durante o processo de hospitalização da criança;
- Identificar quais os direitos e deveres que os enfermeiros atribuem aos acompanhantes da criança hospitalizada;
- Identificar o tipo de relação que os enfermeiros estabelecem com os acompanhantes, da criança hospitalizada.

2.4 - População e Amostra

Uma população define-se como um *conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns*, sendo que o (...) *elemento é a unidade de base da população, junto da qual a informação é recolhida* (Fortin, 2009, p. 311). Ainda de acordo com a mesma autora, população alvo é um conjunto de elementos que satisfazem os critérios de seleção, previamente definidos e, para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

A amostra segundo Fortin (2009, p. 312) *é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo*. Esta deve ser representativa da população, ou seja, determinadas características conhecidas da população devem estar patentes em todos os elementos da população. Fortin (2009, p. 312) sublinha, ainda, que a *utilização de uma amostra comporta certas vantagens no plano prático, mas é preciso que a amostra represente fielmente a população em estudo*. A constituição da amostra pode variar, de acordo com o objetivo procurado, os constrangimentos que se exercem no terreno e a capacidade de acesso à população estudada.

Tendo em conta o explanado, a população alvo do estudo foram os enfermeiros que trabalham em serviços de internamento de pediatria.

Para viabilizar a pesquisa, tornou-se necessário escolher o tipo de amostragem. Assim, tendo em conta a conceptualização de amostragem segundo Fortin (2009, p. 310) como *um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma*

população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira, e os objetivos do estudo em questão, recorreremos à amostragem por redes, também denominada por amostragem em bola de neve. Este é um método pelo qual indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe parecem apropriadas para participar no estudo (Fortin, 2009).

A amostra foi constituída por 146 enfermeiros, que participaram de forma informada e voluntária.

Os critérios de inclusão na amostra definidos foram:

- Enfermeiros que exercessem funções em Serviços de Internamento de Pediatria;
- Enfermeiros que assinassem o Consentimento Informado.

2.5 - Instrumento de Colheita de Dados

Diversos instrumentos podem servir para recolher informação válida e pertinente para a realização do trabalho de pesquisa, no entanto, a sua seleção deve ser efetuada com base na informação que se quer colher, nos objetivos da investigação e no tipo de estudo que se vai realizar (Fortin, 1999).

Na esteira deste pensamento, perante os objetivos a que este projeto pretende dar resposta, e consoante a população que decidimos estudar, consideramos que o instrumento de colheita de dados mais adequados é o questionário. Segundo Fortin (1999, p. 249) *...questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos*. Alguns dos motivos que impulsionaram a escolha, encontram-se diretamente relacionados com algumas vantagens que este apresenta, enquanto instrumento de recolha de dados, nomeadamente:

O questionário é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território (...) a natureza impessoal do questionário, assim como, a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, que torna possíveis as comparações entre os respondentes (Fortin, 2009, p. 387). Além disso, o anonimato das

respostas tranquiliza os participantes e leva-os a exprimir as suas reais percepções.

Para colher os dados necessários para o estudo construiu-se um questionário⁴ “Acompanhamento da criança hospitalizada” (Anexo I), constituído por questões fechadas, abertas e mistas.

As questões fechadas, tal como refere Fortin (2009, p. 384):

têm por principais vantagens serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas, uma análise rápida e pouco dispendiosa e também poderem ser objeto de um tratamento estatístico; (...) são uniformes e aumentam a fidelidade dos dados; fornecem referências ao sujeito o que tem por efeito tornar as respostas comparáveis entre elas e retirar as que são inapropriadas (...) permitem tratar assuntos delicados que de outra forma os participantes seriam reticentes em abordar.

As abertas são questões para as quais não são propostas categorias de resposta, sendo o indivíduo questionado livre de responder como quer. Podem, portanto, *servir para obter precisões complementares sobre certos aspetos da investigação* (Fortin, 2009, p. 384), que permitam complementar os resultados obtidos nas perguntas mistas e fechadas, possibilitando desta forma alargar o objetivo do estudo e examinar diferentes facetas do fenómeno

O questionário engloba 37 questões que tinham como objetivo obter os dados necessários para:

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico-profissional dos enfermeiros;
- Caracterizar a opinião dos enfermeiros sobre a presença dos acompanhantes durante a hospitalização da criança;
- Identificar as atitudes que os enfermeiros adotam com os acompanhantes da criança, relativamente à participação dos mesmos no cuidado à criança.

O questionário foi analisado por um grupo de 12 peritos Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: quatro professores da ESEP; quatro auxiliares pedagógicos da ESEP e quatro enfermeiros especialistas, exercendo os últimos e os penúltimos funções em serviços de Pediatria. Estes, após a análise do questionário sugeriram pequenas alterações que foram realizadas. Posteriormente efectuou-se um pré-teste, com uma amostra de 12 enfermeiros de serviços de internamento de pediatria. Este teve como objetivo avaliar se as questões que constituíam o questionário eram perceptíveis, não ambíguas, permitiam colher as

⁴ Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados

informações pretendidas e o tempo necessário ao preenchimento do questionário (Fortin, 2009).

Em retrospectiva, a realização do pré-teste revelou-se pertinente, na medida em que, permitiu depreender algumas dificuldades por parte dos inquiridos, e posteriormente aprimorar alguns campos, nomeadamente, no que respeita à clareza das questões e à redação de algumas perguntas de escolha múltipla.

2.6 - Colheita de Dados

Após a construção do questionário e posterior validação por peritos Especialistas em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, procedeu-se então à colheita de dados, que decorreu nos meses de Abril, Maio e primeira quinzena de Junho de 2011. Os questionários foram entregues pessoalmente aos enfermeiros. Foram fornecidas informações relativas à finalidade do estudo e garantida a confidencialidade das respostas e anonimato do participante.

2.7 - Tratamento dos Dados

Para a análise estatística dos dados recorreremos ao programa estatístico SPSS (*Satistical Package for the Social Science*), versão 19.0 para o Windows, para a realização de uma matriz de dados e tratamento estatístico dos mesmos.

A informação recolhida foi explorada através da estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial.

As medidas de tendência central *são procedimentos estatísticos que descrevem a modalidade ou o valor mais frequente numa dada série, cuja característica é situar-se ao centro de uma distribuição* (Fortin, 2009, p. 419).

As medidas de dispersão ou de variabilidade permitem dar conta das diferenças individuais entre os membros de uma amostra. *Fornecem indicações sobre a forma como os scores se distribuem em torno da média* (Fortin, 2009, p.

426). A estatística inferencial *permite destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra* (Fortin, 2009, p. 440).

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%) e as contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio padrão (DP) ou a mediana, percentil 25 e percentil 75, consoante a distribuição destas era simétrica ou assimétrica, respetivamente.

Foi usado o teste de independência do Qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Quando mais de 20% da frequência esperada de células da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas categorias foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher. Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de 0,05.

No que respeita à força e direção da associação, analisou-se o *Odds Ratio* (OR), estimativa do risco relativo calculado pela razão dos produtos cruzados. Valores p inferiores a 0,05 foram considerados significativos.

Para a análise dos dados qualitativos (obtidos através das questões abertas do questionário) recorreremos à técnica de análise de conteúdo, segundo os princípios descritos por Bardin (2009); sendo a categorização dos dados resultante da análise e classificação dos mesmos, definindo-se as categorias à *posteriori*.

2.8 - Considerações Éticas

Fortin (2006, p. 180) refere que *como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação*. Assim, o compromisso de levar a cabo um estudo de investigação envolve responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos são sólidos do ponto de vista ético e moral (Streubert e Carpenter, 2002).

A aquisição de conhecimentos impõe um limite que está acima dos benefícios do estudo em questão, sendo ele o bem-estar dos intervenientes no mesmo. Assim sendo, podemos dizer que a ética no processo de investigar se encontra relacionada com a qualidade dos procedimentos, desde o início ao fim da pesquisa, até à pertinência dos resultados pela evolução dos conhecimentos e métodos em si (Fortin, 2009).

A ética coloca problemas particulares aos investigadores, decorrentes das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. O investigador tem, por isso, o dever de agir à luz dos princípios éticos e em conformidade com os mesmos. Ao longo do presente projeto, toda a investigação foi conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim, na investigação foi respeitado o direito à confidencialidade e ao anonimato (Fortin, 1999).

Todos os participantes no estudo foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim com os métodos utilizados para a sua realização.

O instrumento de recolha de dados é inicialmente constituído por uma nota introdutória, na qual é fornecida informação relativa à finalidade e objetivos do estudo, o âmbito em que o mesmo se desenvolve, qual a contribuição necessária, quais as vantagens e possíveis desvantagens da participação e os direitos e deveres dos participantes. Desta forma, permitiu aos participantes decidir em consciência livre e informada, ponderando os prós e contras da sua participação no estudo. Além disto, foi ainda solicitado a cada participante que assinasse uma Declaração de Consentimento Informado, antes de participar, de modo a preservar a autonomia e garantir o esclarecimento livre e informado⁵. Para Fortin (2006, p. 571), *Consentimento Livre e Esclarecido é um consentimento dado por uma pessoa que foi solicitada para participar numa investigação e, que está plenamente informada sobre as vantagens e os inconvenientes ligados à sua participação.*

⁵ ANEXO II - Consentimento Informado

CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, analisamos os resultados obtidos, apresentando-os em tabelas ou em gráficos e fazendo a sua análise. Na apresentação dos dados optou-se pela utilização de frequências, absolutas e relativas.

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes. Numa primeira parte caracterizamos a amostra da população em estudo tendo em conta as suas características, numa segunda analisamos a opinião dos enfermeiros sobre o acompanhamento da criança hospitalizada, começando por apresentar a estatística descritiva e posteriormente a inferencial.

3.1 - Caracterização da Amostra

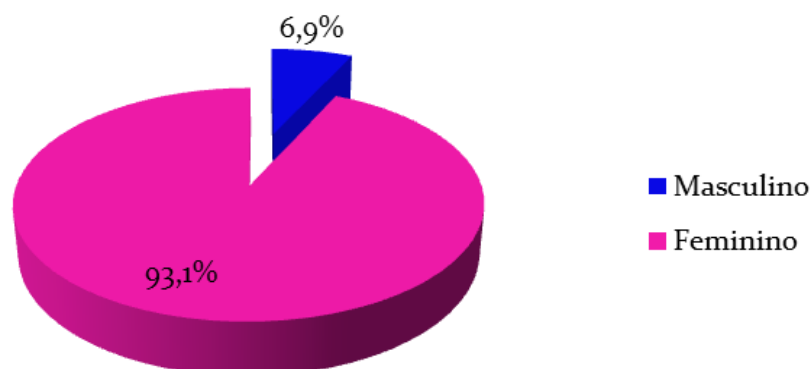
A população estudada foi constituída por 146 enfermeiros, que exerciam funções em serviços de internamento de pediatria de cinco hospitais da zona Norte do país, cuja média de idade é 33,4 anos ($DP=7,7$). A idade mínima dos enfermeiros inquiridos foi 23 anos e a máxima 59 anos, sendo que 75% tinham até 38 anos (Quadro 1). A variável dos enfermeiros será codificada em duas classes: menor ou igual 30 anos e maior que 30 anos para se proceder à estatística inferencial.

Quadro 1: Idade dos enfermeiros

Idade	
Mínima	23
Máxima	59
Média	33,4
Mediana	31
Desvio padrão	7,7
P25	28
P75	38

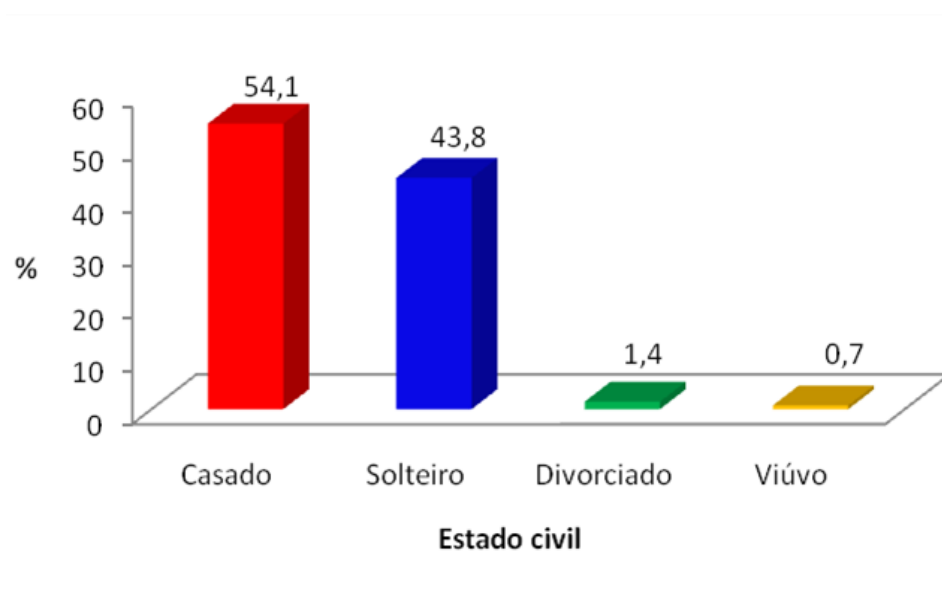
Os enfermeiros que participaram no estudo são na sua maioria do sexo feminino 93,1%, (n=135), conforme se pode verificar no gráfico 1.

Esta predominância de elementos do sexo feminino pode ser explicada pela tendência histórica da profissão. Collière (1989) explica esta tendência referindo que a identificação da prática de cuidados se encontra associada à mulher desde a idade média até à atualidade.

Gráfico 1: Género dos enfermeiros

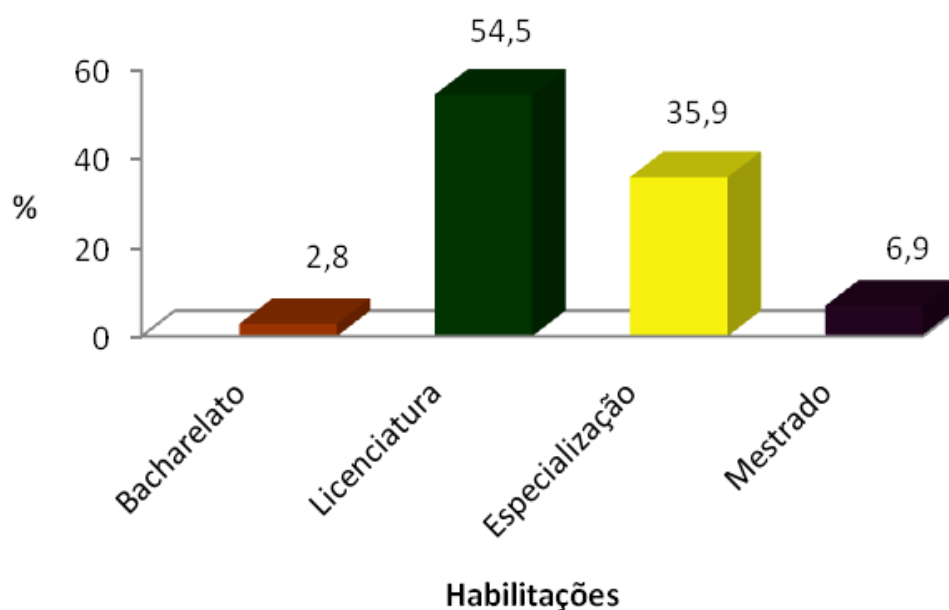
Relativamente ao estado civil verifica-se uma prevalência de indivíduos casados ou solteiros (gráfico 2) em relação aos divorciados ou viúvos, uma vez que 54,1% (n=79) são casados ou coabitam; 43,8%(n=64) são solteiros; 1,4%(n=2) estão divorciados e apenas 0,7% (n=1) é viúvo.

Gráfico 2: Estado civil dos enfermeiros

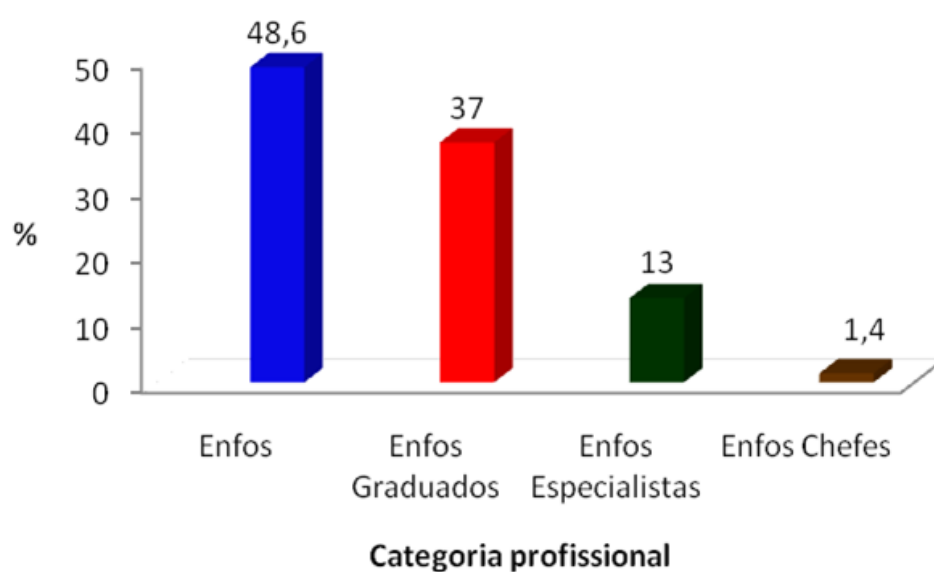


A maioria 59,6 (n=87) dos profissionais de saúde inquiridos não tem filhos. Os que têm filhos 40,4% (n=59) têm maioritariamente só um, 62,7% (n=37), vs 33,9% (n=20) com dois, 1,7% (n=1) três e, 1,7% (n=1), com quatro filhos.

Quanto às habilitações literárias constata-se que mais de metade dos participantes 54,5% (n=79) possui a Licenciatura em Enfermagem e 35,9% (n=52) têm Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Dos restantes, 10 enfermeiros estão habilitados com Mestrado o que equivale a 6,9% e, apenas, 2,8% (n=4) têm Bacharelato, não existindo, na amostra, qualquer participante com Doutoramento (gráfico 3).

Gráfico 3: Habilitações dos enfermeiros

Analisando os dados concernentes à categoria profissional, dos participantes, verifica-se que 48,6% (n=71) são Enfermeiros, 37% (n=52) são Enfermeiros Graduados, 13% (n=19) são Enfermeiros Especialistas e que apenas 1,4% (n=2) são Enfermeiros Chefes (gráfico 4).

Gráfico 4: Categoria profissional dos enfermeiros

O tempo médio de exercício profissional dos enfermeiros é de 10,7 anos (DP=7,8), sendo o mínimo 1 e o máximo 38 anos. No entanto, o tempo médio de exercício profissional em pediatria é de 9,4 anos (DP=8,1), existindo indivíduos que não haviam exercido até ao momento um ano completo de enfermagem no serviço de pediatria, facto que explica o tempo mínimo de exercício de 0 anos e o máximo de 36 anos (quadro 2).

Quadro 2: Tempo de exercício profissional

	Min.	Max.	Média	DP	Moda	P25	P75
Tempo de exercício profissional	1	38	10,7	7,8	5	5	14
Tempo de exercício profissional em pediatria	<1	36	9,4	8,1	5	3	13

Quanto a vivências enquanto utentes, 43,2% (n=63) dos enfermeiros nunca estiveram hospitalizados, sendo que os restantes 56,8% (n=83) já estiveram pelo menos uma vez. Destes 51,2% (n=42) não tiveram acompanhante durante a hospitalização, 47,6% (n=39) referem que sim e, apenas, 1,2% (n=1) menciona que só usufruiu da companhia às vezes.

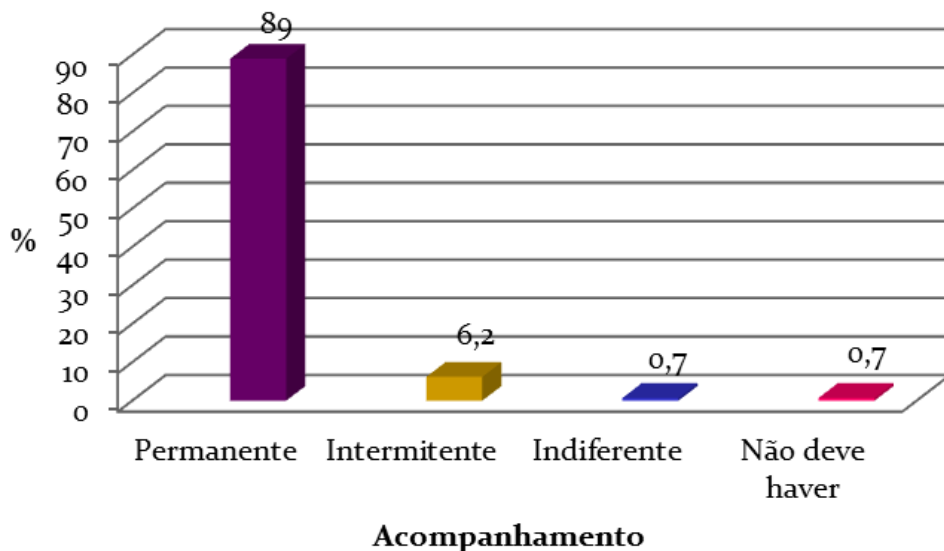
Relativamente ao facto de já terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização 59,6% (n=87) enfermeiros afirmaram que sim e, destes, 34,2% (n=27) acompanharam os filhos durante os seus internamentos hospitalares.

No que respeita à presença de acompanhante das crianças internadas no serviço onde trabalham, todos os enfermeiros inquiridos referiram que é comum as crianças estarem acompanhadas. Dos 123 enfermeiros que referem quem costuma acompanhar a criança durante o internamento 78% (n=96) dizem que são os pais, 14,6% (n=18) os pais ou os avós, 4,1% (n=5) a mãe e 3,3% (n=4) o pai ou a mãe.

3.2 - Acompanhamento da Criança Hospitalizada: Opinião dos Enfermeiros

No que concerne à presença dos acompanhantes durante a hospitalização da criança apenas 89% (n=130) têm por opinião que esta deveria ser permanente, 6,2% (n=14) acham que deveria ser intermitente, sendo que 0,7% (n=1) manifestou-se indiferente e, também, 0,7% (n=1) considera que não deveria existir nenhum acompanhamento (gráfico 5).

Gráfico 5 - Tipo de acompanhamento das crianças internadas



Os 14 (6,2%) enfermeiros que acham que a presença dos acompanhantes durante a hospitalização deve ser intermitente, manifestaram a opinião relativamente ao horário em que esta deve ocorrer, 14,3% (n=2) ponderam que deve ser durante a manhã, 14,3% (n=2) consideram que deveria ser realizada durante a tarde; 35,7% (n=5) acham que deve ser durante as 24 horas; 35,7% (n=5) consideram que deveria ser um período durante a manhã e outro durante a tarde.

Relativamente ao acompanhante que deve permanecer junto das crianças durante a hospitalização, 37% (n=54) enfermeiros consideram que deve ser a mãe; 29,5% (n=43) acham que deve ser o pai; 54,1% (n=79) consideram que deve ser a mãe e o pai em simultâneo; 54,8% (n=80) acham que deve ser outro familiar em caso de impossibilidade dos pais e, 5,5% (n=8) referem que é indiferente (Tabela 1).

Tabela 1: Acompanhante que deve permanecer junto da criança

	n	%
Mãe	54	37,0
Pai	43	29,5
Ambos	79	54,1
Outro familiar na impossibilidade dos pais	80	54,8
Indiferente	8	5,5

Em relação à presença dos acompanhantes, 97,9% (n=142) dos enfermeiros referem que facilita a recuperação da criança, 2,1% (n=3) consideram que não interfere na recuperação da criança e um participante não manifestou a sua opinião sobre este assunto (tabela 2).

Tabela 2: Efeitos da presença dos acompanhantes

		n	%
Recuperação da criança	Facilita	142	97,9
	Não interfere	3	2,1
Desempenho dos enfermeiros	Facilita	107	76,4
	Dificulta	4	2,9
	Não interfere	29	20,7
Vivência que têm do internamento	Facilita	132	93,6
	Não interfere	9	6,4
Relação dos enfermeiros com a criança	Facilita	119	83,8
	Dificulta	1	0,7
	Não interfere	22	15,5

Com o objetivo de analisar os motivos pelos quais os enfermeiros consideram que a presença dos acompanhantes facilita ou não interfere na recuperação da criança, solicitou-se que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos enfermeiros, tendo-se posteriormente construído as categorias. Nenhum dos enfermeiros que respondeu que considerava que a presença dos acompanhantes não interferia na recuperação da criança justificou o porquê da sua opinião. Com base na análise das respostas dos participantes que referiram que a presença dos acompanhantes facilita a recuperação da criança construíram-se quatro categorias (tabela 3): “Bem-estar da criança” (n=54); “Segurança da criança” (n=53); “Cooperação da criança” (n=38) e “Informação” (n=16).

Tabela 3: Presença dos acompanhantes na recuperação da criança

Categorias	Unidades de registo
Bem-estar da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da ansiedade, <i>stress</i> e medo na criança. • A criança sente-se mais calma e tranquila • Ampliação do bem-estar emocional da criança pois sente o apoio do acompanhante • Proporcionam maior conforto à criança
Segurança da criança	<ul style="list-style-type: none"> • A criança sente-se mais segura e protegida... Atenua o impacto negativo que a criança tem da hospitalização • A criança sente-se confiante, pois são figuras representativas • A criança não se sente sozinha e abandonada
Cooperação da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Maior facilidade de aplicação dos tratamentos à criança, uma vez que esta se torna mais cooperante. • Facilitam a adaptação da criança ... melhor adaptação ao ambiente hospitalar, pois torna-se mais familiar • Facilita a interação enfermeiro-criança ... atenua o impacto negativo que a criança tem da hospitalização
Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecem informações importantes sobre a criança • Conhecem bem a criança, os seus gostos e hábitos

Relacionando a presença dos acompanhantes com o desempenho dos profissionais de saúde, dos 140 inquiridos que responderam a esta questão, 76,4% (n=107) referem que facilita o seu desempenho; 20,7% (n=29) consideram que não

interfere no desempenho e 2,9% (n=4) enfermeiros acham que dificulta o seu desempenho (tabela 2).

A análise de conteúdo realizada às respostas dos enfermeiros sobre porque é que consideram que a presença dos acompanhantes facilita, dificulta ou não interfere no seu desempenho (tabela 4) levou à construção de duas categorias relativas aos acompanhantes como facilitadores do desempenho: “Cooperação da criança” (n=69) e “Parceria de cuidados” (n=38); duas categorias relativas aos acompanhantes como dificultadores do desempenho: “Perda de Tempo” (n=2) e “Carga de trabalho” (n=2) e uma categoria referente aos acompanhantes não interferirem no desempenho dos enfermeiros “O acompanhante não é parceiro de cuidados” (n=16).

Tabela 4: Presença dos acompanhantes no desempenho dos enfermeiros

Presença dos acompanhantes facilitadora da recuperação da criança	
Categorias	Unidades de registo
Cooperação da criança	<ul style="list-style-type: none"> Mais fácil tratar a criança, pois fica mais cooperante e facilita a relação/comunicação enfermeiro-criança Fazem que a criança fique mais calma e menos ansiosa o que torna o ambiente mais equilibrado
Parceria de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Estabelece-se uma parceria de cuidados com o acompanhante Cooperam nos cuidados
Presença dos acompanhantes dificultadora da recuperação da criança	
Categorias	Unidades de registo
Perda de Tempo	<ul style="list-style-type: none"> Perdemos tempo a explicar os procedimentos
Carga de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Não ajudam da melhor forma Transmitem nervosismo aos enfermeiros
Presença dos acompanhantes não interfere na recuperação da criança	
Categorias	Unidades de registo
O acompanhante não é parceiro de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Desempenham as funções da mesma maneira independente da presença do acompanhante Não vejo o acompanhante como um colaborador

Quanto à opinião que os inquiridos têm sobre a presença dos acompanhantes e a vivência que estes têm do internamento (tabela 2) 93,6% (n=132) consideram que facilita a vivência enquanto 6,4% (n=9) referem que a presença não interfere na vivência que os acompanhantes têm do internamento (5 enfermeiros não responderam a esta questão).

Com o objetivo de analisar os motivos que levam os enfermeiros a considerar que a presença dos acompanhantes facilita, dificulta ou não interfere na vivência que estes têm do internamento, foi-lhes solicitado que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido, tendo-se posteriormente construído as categorias (tabela 5). Nenhum dos enfermeiros que respondeu que a presença dos acompanhantes não interfere com a vivência que estes têm do internamento justificou o porquê da sua opinião. Com base na análise das respostas dos participantes que referiram que a presença facilita a vivência, construíram-se três categorias: “Diminuição da ansiedade” (n=20); “Segurança” (n=50) e “Manutenção do papel parental” (n=20).

Tabela 5: Presença dos acompanhantes na vivência que têm do internamento

Categorias	Unidades de registo
Diminuição da ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Sentem-se mais seguros, tranquilos e calmos • Diminui-lhes a ansiedade • Acompanham de perto a evolução de todo o processo
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Permite-lhes conhecer o funcionamento do internamento, os enfermeiros e como cuidam o filho • ... esclarecem dúvidas que temos sobre a criança e isso fá-los sentirem-se mais seguros
Manutenção do papel parental	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiam a criança • Tornam o ambiente mais familiar • Compreendem melhor as necessidades da criança e os procedimentos a aplicar • Sentem que cumprem o seu papel

Na opinião de 83,8% (n=119) dos inquiridos a presença dos acompanhantes facilita a relação que têm com a criança (tabela 2); 0,7% (n=1) acha que dificulta a relação e 15,5% (n=22) consideram que não interfere na relação que

estabelecem com a criança (4 enfermeiros não responderam a esta questão). Para analisarmos os motivos que sustentam a opinião dos enfermeiros, foi-lhes solicitado que justificassem o seu parecer. A análise das respostas levou à construção de uma categoria para a presença como dificultadora (tabela 6): “Maior agitação da criança” (n=1); uma para a não interferência: “Não são parceiros” (n=12) e duas para a presença como facilitadora da relação com a criança: “Segurança da criança” (n=48) e “Elo de ligação enfermeiro-criança” (n=28).

Tabela 6: Presença dos acompanhantes na relação enfermeiro / criança

Presença dos acompanhantes facilitadora da relação com a criança	
Categorias	Unidades de registo
Segurança da criança	<ul style="list-style-type: none"> A criança sente-se mais segura e confiante Acalmam a criança pois reduzem-lhe o medo e a ansiedade
Elo de ligação enfermeiro-criança	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecem a ligação com a criança, funcionando como elo de ligação Facilitam o nosso cuidar, pois são um elo de ligação
Presença dos acompanhantes dificultadora da relação com a criança	
Categorias	Unidades de registo
Maior agitação da criança	<ul style="list-style-type: none"> As crianças ficam mais agitadas quando os pais estão
Presença dos acompanhantes não interfere da relação com a criança	
Categorias	Unidades de registo
Não são parceiros	<ul style="list-style-type: none"> O desempenho dos enfermeiros não é influenciado pela presença dos acompanhantes, faço o mesmo. É como se não estivessem A relação é apenas com a criança

Relativamente à questão se os enfermeiros devem encorajar a presença do acompanhante 99,3% (n=145) dos participantes consideram que sim e 0,7% (n=1) acha indiferente.

Após a análise da opinião dos profissionais de saúde inquiridos em relação às consequências da presença dos acompanhantes durante a hospitalização da criança, analisou-se a relação que esses profissionais mantêm com os

acompanhantes durante a hospitalização da criança, nomeadamente acerca da participação dos acompanhantes nos tratamentos realizados às crianças, verificou-se que 76,7% (n=112) encorajam sempre os acompanhantes a participar ativamente nos cuidados de enfermagem, enquanto 23,3% (n=34) apenas encorajam às vezes (tabela 7). Relativamente à negociação dos cuidados verificou-se que 52,1% (n=76) dos participantes do estudo costumam negociar sempre os cuidados de enfermagem com os acompanhantes, 44,5% (n=65) só às vezes e 3,4% (n=5) nunca negociam (tabela 7).

Tabela 7: Relação dos enfermeiros com os acompanhantes

		n	%
Encoraja os acompanhantes a participarem nos cuidados de enfermagem	Sempre	112	76,7
	Às vezes	34	23,3
Negoceia os cuidados de enfermagem com os acompanhantes	Sempre	76	52,1
	Às vezes	65	44,5
	Nunca	5	3,4
Envolve os acompanhantes nos cuidados de enfermagem	Sempre	92	63,4
	Às vezes	53	36,6
Cuidados em que envolve os acompanhantes			
Higiene e Conforto	Sim	146	100,0
Alimentação	Sim	142	97,3
Procedimentos técnicos invasivos ou que requerem equipamento (introduzir cateteres, aspirar secreções, colher espécimes, administrar medicação EV/ IM/ SC, tratamentos de feridas)	Sim	62	42,5
Procedimentos técnicos não invasivos ou que não requerem equipamento (administrar medicação PO, nebulizações)	Sim	127	87,0
Outros cuidados	Sim	12	8,2

Quanto ao envolverem os acompanhantes nos cuidados de enfermagem, 63,4% (n=92) dos participantes afirmam que envolvem sempre, enquanto 36,6% (n=53) só o fazem às vezes (tabela 7). Concluiu-se que todos (100%) os

participantes envolvem os acompanhantes nos cuidados de higiene e conforto às crianças; 97,3%(n=142) na alimentação; 42,5% (n=62) nos procedimentos técnicos invasivos ou que requerem equipamento (introduzir cateteres, aspirar secreções, colher espécimes, administrar medicação EV/IM/SC, tratamento de feridas); 87% (n=127) nos procedimentos técnicos não invasivos ou que não requerem equipamento (administrar medicação PO, nebulizações) e 8,2% (n=12) em outros cuidados, não tendo contudo mencionado quais (tabela 7).

Em relação ao facto de questionarem os acompanhantes acerca do interesse em estarem presentes durante a realização de procedimentos técnicos à criança, 74,4% (n=133) questionam sempre, 21,9% (n=32) só às vezes e apenas 0,7% (n=1) nunca questiona.

De forma a avaliar a razão pela qual os enfermeiros perguntam ou não aos acompanhantes se desejam estar presentes durante os tratamentos, foi-lhes solicitado que justificassem a sua opinião (tabela 8). Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido tendo-se posteriormente construído as categorias. O enfermeiro que mencionou que nunca questiona não emitiu opinião justificativa para o seu procedimento. A análise do discurso produzido pelos participantes, que costumam perguntar, sempre, aos acompanhantes se querem estar presentes nos procedimentos técnicos à criança levou à construção três categorias: “Direito dos acompanhantes” (n=58); “Melhorar a colaboração da criança” (n=32) e “Parceria de cuidados” (n=4), e à estruturação em duas categorias relativas ao só às vezes questionarem os acompanhantes sobre a sua vontade de estarem presentes nos procedimentos: “Depende do procedimento” (n=15) e “Evitar conflitos profissionais” (n=2).

Tabela 8: Razões para os enfermeiros questionarem os acompanhantes sobre a vontade de presenciarem os procedimentos à criança

Questiono sempre os acompanhantes sobre a sua vontade de assistirem aos procedimentos técnicos	
Categorias	Unidades de registo
Direito dos acompanhantes	<ul style="list-style-type: none"> • Depende do acompanhante e também do estado emocional do acompanhante • Podem não querer/conseguir assistir a certos procedimentos • Porque têm direito de decidir se assistem ou não aos procedimentos • Depende do acompanhante a decisão, podem querer para diminuir a sua ansiedade
Melhorar a colaboração da criança	<ul style="list-style-type: none"> • A criança sente-se mais segura, o que a torna mais calma e tranquila • Para minimizar o efeito negativo da hospitalização e dos tratamentos na criança • A criança torna-se mais colaborante.
Parceria de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Para facilitar a parceria de cuidados • Melhora a relação enfermeiro-criança-pais
Só questiono às vezes os acompanhantes sobre a sua vontade de assistirem aos procedimentos técnicos	
Categorias	Unidades de registo
Depende do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Podem não conseguir assistir a certos procedimentos • Depende do procedimento técnico. • A presença pode ser facilitadora ou prejudicial à execução do procedimento
Evitar conflitos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Para não criar conflito com outros profissionais que não aprovam a presença dos acompanhantes

Relativamente à atitude adotada pelos enfermeiros participantes no estudo antes de executarem qualquer procedimento à criança 90,4% (n=132) afirmam que só executam procedimentos após se certificarem que o acompanhante não ficou com dúvidas e que o autoriza; 6,8% (n=10) nem sempre explicam os procedimentos

pois por vezes a informação é muito complicada para o acompanhante perceber; 2,1% (n=3) não têm hábito de explicar o procedimento embora reconheçam que é pertinente fazê-lo e apenas 0,7% (n=1) explica de uma forma rápida dizendo que é urgente executar o procedimento.

A relevância e a atenção que os enfermeiros têm para com os acompanhantes das crianças também foram analisadas e verifica-se que relativamente às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem, dos profissionais inquiridos 95,2% (n=139) afirmam que respondem sempre, enquanto 4,8% (n=7) só respondem às vezes. A maioria 54,9% (n=79) dos participantes considera que orientam sempre a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização, já 38,9% (n=56) só às vezes orientam e 6,3% (n=9) nunca orientam.

Analizando a opinião dos enfermeiros quanto à participação dos acompanhantes nos cuidados a prestar à criança durante o internamento, 68,8% (n=99) dos inquiridos consideram que os acompanhantes têm de participar, 6,3% (n=9) referem que não e 25% (n=36) mencionam que só às vezes (tabela 9). A maioria 97,9%, (n=143) é de opinião que é importante que os acompanhantes participem nos cuidados à criança durante o internamento (tabela 9). Contudo, quando inquiridos sobre se consultam os acompanhantes sobre as decisões relativas aos cuidados a prestar à criança verifica-se que só 47,9% (n=70) referem que o fazem sempre (tabela 9). Relativamente à integração dos acompanhantes na equipa de cuidados à criança, nem todos os enfermeiros inquiridos consideram que eles devem ser um elemento integrante da equipa 1,4%, (n=2), responderam que não e 0,7%, (n=1), que é indiferente (tabela 9).

Tabela 9: Opinião dos enfermeiros sobre a participação e integração dos acompanhantes nos cuidados

		n	%
Considera que os acompanhantes têm de participar nos cuidados a prestar à criança	Sim	99	68,8
	Às vezes	36	25,0
	Não	9	6,3
Considera importante que os acompanhantes participem nos cuidados a prestar à criança	Sim	143	97,9
	Não	1	0,7
	Indiferente	2	1,4
Consulta os acompanhantes sobre as decisões relativas aos cuidados a prestar à criança	Sempre	70	47,9
	Às vezes	76	52,1
Considera que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança	Sim	143	97,9
	Não	2	1,4
	Indiferente	1	0,7

Para avaliarmos a associação da idade dos enfermeiros, categoria profissional dos enfermeiros, experiência de acompanharem algum familiar durante o internamento e já terem estado hospitalizado alguma vez e a sua perceção sobre o papel dos acompanhantes durante o internamento da criança usámos os testes de independência de Qui-quadrado e Odds Ratio

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a idade dos enfermeiros e estes considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a recuperação da criança ($p=0,497$). Verifica-se que no grupo de enfermeiros com idade inferior ou igual a 30 anos, 100% ($n=71$) consideram que a presença dos acompanhantes facilita a recuperação da criança, nos enfermeiros com idade superior a 30 anos houve uma maior tendência 97,2%, ($n=70$) para considerarem o mesmo (tabela 10).

Não se pode afirmar que haja associação entre a idade dos enfermeiros e estes considerarem que a presença dos acompanhantes afeta o seu desempenho profissional ($p=1,000$, tabela 10). Nota-se uma maior tendência nos enfermeiros de ambos os grupos etários para considerarem que a presença dos acompanhantes facilita o seu desempenho 82,4%, ($n=56$), participantes com idade inferior ou igual a 30 anos e 71,4%, ($n=50$) no grupo com mais de 30 anos.

Concluiu-se que não existe associação entre a idade dos enfermeiros e estes considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a vivência que estes têm do internamento ($p=0,493$). Em ambos os grupos verifica-se uma maior tendência para que considerem que a presença dos acompanhantes facilita a vivência que estes têm do internamento 95,7%, ($n=67$), enfermeiros com idade inferior ou igual a 30 anos e 92,8%, ($n=64$), no grupo com mais de 30 anos, (tabela 10).

Tabela 10: Idade dos enfermeiros e opinião sobre presença dos acompanhantes

		Idade				
		≤ 30		≥30		
		n	%	n	%	p*
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a recuperação da criança	71	100,0	70	97,2	0,497
	Não interfere na recuperação da criança	0	0,0	2	2,8	
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita o seu desempenho	56	82,4	50	71,4	1,000
	Dificulta o seu desempenho	2	2,9	2	2,9	
	Não interfere no seu desempenho	10	14,7	18	25,7	
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a vivência que os acompanhantes têm do internamento	67	95,7	64	92,8	0,493
	Não interfere na vivência que os acompanhantes têm do internamento	3	4,3	5	7,2	
Considera que os enf ^{os} devem encorajar a presença do acompanhante	Sim	71	98,6	72	100,0	1,000
	Indiferente	1	1,4	0	0,0	

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Verificou-se que não existe associação entre a idade dos enfermeiros e estes considerarem se devem encorajar a presença do acompanhante ($p=1,000$), notou-se uma maioria absoluta 100%, ($n=72$) de enfermeiros com idade superior a 30 anos e uma maior tendência 98,6%, ($n=71$) de enfermeiros com idade inferior a

30 anos que consideram que devem encorajar a presença do acompanhante (tabela 10).

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a idade dos enfermeiros e estes, na sua prática, encorajarem os acompanhantes a participarem ativamente nos cuidados de enfermagem ($p=0,845$). Verificou-se em ambos os grupos uma maior tendência para encorajem sempre os acompanhantes a participarem ativamente nos cuidados de enfermagem 75%, ($n=54$), com idade igual ou inferior a 30 anos e 77,8%, ($n=56$) maiores de 30 anos, (tabela 11).

Tabela 11: Idade dos enfermeiros e opinião sobre participação e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem

		Idade							
		≤ 30		>30			OR IC _{95%}		
		n	%	n	(%)	p*	OR	LI	LS
Na sua prática encoraja os acompanhantes a participar ativamente nos cuidados de enfermagem	Sempre	54	75,0	56	77,8	0,845**	0,857	0,397	1,852
	Às vezes	18	25,0	16	22,2				
Costuma envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem	Sempre	45	63,4	45	62,5	1,000**	1,038	0,527	2,047
	Às vezes	26	36,6	27	37,5				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Não podemos afirmar que existe associação estatística entre a idade dos enfermeiros e estes terem por hábito envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem ($p=1,000$); notou-se em ambos os grupos uma maior tendência para os enfermeiros envolverem sempre os acompanhantes nos cuidados de enfermagem 63,4%, ($n=45$), participantes com idade igual ou inferior a 30 anos e 62,5%, ($n=45$), com idade superior a 30 anos, (tabela 11).

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a idade dos inquiridos e estes responderem às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem ($p=0,441$). Verificou-se que existia uma maior tendência em ambos os grupos de responderem sempre às dúvidas sobre os cuidados de enfermagem, colocadas pelos acompanhantes 93,1%, ($n=67$), enfermeiros com idade igual ou inferior a 30 anos e 97,2%, ($n=70$), com idade superior a 30, (tabela 12).

Tabela 12: Associação entre a idade dos enfermeiros e o centrarem a sua prática nos acompanhantes

		Idade							
		≤ 30		>30		OR IC _{95%}			
		n	%	n	%	p*	OR	LI	LS
Responde às dúvidas dos acompanhantes sobre os CE	Sempre	67	93,1	70	97,2	0,441	0,383	0,072	2,041
	Às vezes	5	6,9	2	2,8				
Orienta a prática numa abordagem centrada nos acompanhantes	Nunca	4	5,7	5	6,9	0,202	-	-	-
	Sempre	34	48,6	43	59,7				
	Às vezes	32	45,7	24	33,3				
Os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança	Não	0	0,0	2	2,8	1,000	-	-	-
	Sim	72	100,0	69	95,8				
	Indiferente	0	0,0	1	1,4				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Concluiu-se que não há associação entre a idade dos participantes e estes orientarem a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização ($p=0,202$). Notou-se que a maioria dos enfermeiros com mais de 30 anos de idade orientam sempre a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização (tabela 12). No grupo de participantes com idade igual ou inferior a 30 anos verificou-se que 48,6% dos inquiridos considerava que tinha essa atitude sempre e 45,7% só às vezes.

Não podemos afirmar que haja associação entre a idade dos enfermeiros e estes considerarem que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança ($p=1,000$). Verificou-se que todos os participantes 100% ($n=72$) com idade igual ou inferior a 30 anos e a maioria 95,8%, ($n=69$) dos que tinham mais de 30 anos concordavam que os acompanhantes deviam ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança (tabela 12).

Relativamente à categoria profissional dos enfermeiros não existe evidência para afirmar que haja associação com o considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a recuperação da criança ($p=1,000$). Verificou-se uma maioria absoluta (100%, $n=70$) nos enfermeiros e nos enfermeiros Chefe (100%, $n=2$), e uma maior tendência (98,1%, $n=53$) nos graduados e nos especialistas (89,5%, $n=17$) para considerarem que a presença dos acompanhantes facilita a recuperação da criança (tabela 13).

Não podemos, igualmente, afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes considerarem que a presença dos acompanhantes afeta o seu desempenho no trabalho ($p=1,000$), independentemente da categoria, a maioria considera que a presença dos acompanhantes facilita o seu desempenho, sendo no grupo dos enfermeiros graduados que se encontra uma maior percentagem de indivíduos (30,8%, $n=4$) que mencionam que estes interferem com o desempenho (tabela 13).

Tabela 13: Categoria profissional dos enfermeiros e opinião sobre a presença dos acompanhantes

Categoria profissional											
		Enf.		Enf. graduado		Enf. especialista		Enf. chefe		p*	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a recuperação da criança	70	100	53	98,1	17	89,5	2	100	1,000	
	Não interfere na recuperação da criança	0	0,0	1	1,9	2	10,5	0	0,0		
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita desempenho	56	83,6	35	67,3	14	73,7	2	100	1,000	
	Dificulta o desempenho	2	3,0	1	1,9	1	5,3	0	0,0		
	Não interfere desempenho	9	13,4	16	30,8	4	21,1	0	0,0		
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a vivência que estes têm do internamento	65	95,6	48	92,3	17	89,5	2	100	0,497	
	Não interfere na vivência que estes têm do internamento	3	4,4	4	7,7	2	0,5	0	0,0		
Considera que os enf ^{os} devem encorajar a presença do acompanhante	Sim	70	98,6	54	100	19	100	2	100	1,000	
	Indiferente	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a vivência que os acompanhantes têm do internamento ($p=0,497$). Apesar de os enfermeiros chefes serem o único grupo em que se encontra uma maioria absoluta favorável à opinião de que a presença dos acompanhantes facilita a vivência que estes têm do internamento, em todas as

outras categorias se vê uma maior tendência dos inquiridos para este parecer (tabela 13).

Não podemos afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos participantes e estes considerarem se devem encorajar a presença do acompanhante ($p=1,000$). Concluiu-se que a totalidade dos inquiridos do grupo dos chefes, graduados e especialistas consideram que os enfermeiros devem encorajar a presença do acompanhante (tabela 13), havendo no grupo dos enfermeiros uma maior tendência 98,6%, ($n=70$) para esta opinião.

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes, na sua prática, encorajarem os acompanhantes a participarem ativamente dos cuidados de enfermagem ($p=1,000$), verifica-se uma maioria absoluta (100%, $n=2$) nos chefes, bem como uma maior tendência nos especialistas (84,2%, $n=16$), nos graduados (74,1%, $n=40$) e nos enfermeiros (76,1%, $n=54$) para encorajarem sempre os acompanhantes a participarem ativamente dos cuidados de enfermagem (tabela 14).

Não é possível afirmar que há associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes terem por hábito envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem ($p=1,000$). Apurou-se que todos os enfermeiros chefes da nossa amostra referem que envolvem sempre os acompanhantes nos cuidados de enfermagem a prestar à criança e que nos grupos das restantes categorias há uma maior tendência para os inquiridos afirmarem o mesmo (tabela 14).

Tabela 14: Categoria profissional dos enfermeiros e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem

Categoria profissional											
		Enf.		Enf. graduado		Enf. especialista		Enf. chefe			
		n	%	n	%	n	%	n	%	p*	
Encoraja os acompanhantes a participarem ativamente nos CE	Sempre	54	76,1	40	74,1	16	84,2	2	100	1,000	
	Às vezes	17	23,9	14	25,9	3	15,8	0	0,0		
Costuma envolver os acompanhantes nos CE	Sempre	43	61,4	32	59,3	15	78,9	2	100	1,000	
	Às vezes	27	38,6	22	40,7	4	21,1	0	0,0		

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Não se concluiu haver associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes responderem às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem ($p=1,000$). Verificou-se uma maioria absoluta 100%, ($n=2$) nos enfermeiros chefes, bem como uma maior tendência 94,4%, ($n=67$) nos enfermeiros, nos graduados 96,3%, ($n=52$) e nos especialistas 94,7%, ($n=18$) para responderem sempre às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem (Tabela 15).

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes orientarem a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização ($p=1,000$). Verificou-se uma maioria absoluta 100%, ($n=2$) nos enfermeiros chefes, bem como uma maior tendência 52,2%, ($n=36$) nos enfermeiros, 51,9%, ($n=28$) nos graduados e 68,4%, ($n=13$) nos especialistas para orientarem sempre a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização (tabela 15). Importa referir que em todos os grupos, com exceção dos enfermeiros chefes, existem participantes que referem que nunca orientam a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes.

Tabela 15: Categoria profissional dos enfermeiros e integração dos acompanhantes na equipa

		Categoria profissional									
		Enf.		Enf. graduado		Enf. especialista		Enf. chefe			
		n	%	n	%	n	%	n	%	p*	
Responde às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os CE	Sempre	67	94,4	52	96,3	18	94,7	2	100	1,000	
	Às vezes	4	5,6	2	3,7	1	5,3	0	0,0		
Orienta a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes	Nunca	4	5,8	4	7,4	1	5,3	0	0,0	1,000	
	Sempre	36	52,2	28	51,9	13	68,4	2	100		
	Às vezes	29	42,0	22	40,7	5	26,3	0	0,0		
Considera que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa	Não	0	0,0	2	3,7	0	0,0	0	0,0	1,000	
	Sim	71	100	51	94,4	19	100	2	100		
	Indiferente	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0		

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Não é possível afirmar que haja associação entre a categoria profissional dos enfermeiros e estes considerarem que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança ($p=1,000$), apesar de se notar uma maioria absoluta 100%, ($n=71$) no grupo dos enfermeiros, 100%, ($n=19$) no dos especialistas e 100%, ($n=2$) no dos chefes, bem como uma maior tendência, 94,4%, ($n=51$) no dos graduados para concordarem que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança (tabela 15).

Relativamente ao facto dos inquiridos já terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização não existe evidência para afirmar que haja associação com o considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a recuperação da criança ($p=0,275$). Verificou-se que todos os enfermeiros que nunca foram acompanhantes e a maioria (96,6%, $n=84$) dos que já foram uma maior tendência para considerarem que facilita a recuperação da criança (tabela 16).

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização e considerarem que a presença dos acompanhantes afeta o seu desempenho no trabalho ($p=1,000$). Notou-se uma maior tendência, 81,8% ($n=45$) nos enfermeiros que nunca foram acompanhantes e 72,9% ($n=62$), nos que já foram, para considerarem que facilita o seu desempenho (tabela 16).

Tabela 16: Opinião sobre a presença do acompanhante em função dos enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização

		Já foi acompanhante de algum familiar durante a hospitalização				
		Não		Sim		
		n	%	n	%	p*
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a recuperação da criança	58	100	84	96,6	0,275
	Não interfere na recuperação da criança	0	0,0	3	3,4	
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita o seu desempenho	45	81,8	62	72,9	1,000
	Dificulta o seu desempenho	0	0,0	4	4,7	
	Não interfere no seu desempenho	10	18,2	19	22,4	
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a vivência que têm do internamento	55	96,5	77	91,7	0,312
	Não interfere na vivência que têm do internamento	2	3,5	7	8,3	
Considera que os enf ^{os} devem encorajar a presença do acompanhante	Sim	59	100	86	98,9	1,000
	Indiferente	0	0,0	1	1,1	

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR.

Concluiu-se que não há associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização e considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a vivência que estes têm do internamento ($p=0,312$). Verificou-se uma maior tendência em ambos os grupos para considerarem esta situação facilitadora, 96,5% ($n=55$) nos que nunca foram acompanhantes e 91,7%, ($n=77$) nos que já tinham sido (tabela 16).

Não podemos afirmar que haja associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização e considerarem se devem encorajar a presença do acompanhante ($p=1,000$). Notou-se uma maioria absoluta (100%, $n=59$) nos inquiridos que nunca foram acompanhantes e uma maior tendência 98,9%, ($n=86$) nos que foram acompanhantes para considerarem que devem encorajar a presença do acompanhante (tabela 16).

Tabela 17: Experiência pessoal de acompanhar algum familiar durante a hospitalização e a opinião sobre a participação e envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem

		Já foi acompanhante de algum familiar durante a hospitalização						OR IC _{95%}	
		Não		Sim		p	OR	LI	LS
		n	%	n	%				
Encoraja os acompanhantes a participarem ativamente nos CE	Sempre	43	72,9	69	79,3	0,427**	0,701	0,323	1,520
	Às vezes	16	27,1	18	20,7				
Costuma envolver os acompanhantes nos CE	Sempre	36	61,0	56	65,1	0,615**	0,839	0,422	1,665
	Às vezes	23	39,0	30	34,9				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%} - intervalo de confiança a 95% para o OR

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante o internamento e, na prática, encorajarem os acompanhantes a participarem ativamente nos cuidados de enfermagem ($p=0,42$). Maioritariamente os participantes de ambos os grupos afirmam que o fazem, embora a percentagem seja ligeiramente mais elevada no grupo que já viveu essa experiência (79,3%, $n=69$) do que no que nunca passou por ela 72,9%, ($n=43$) (tabela 17).

Não podemos concluir que os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização tenha associação com o hábito de envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem ($p=0,615$). Apesar de se notar uma maior tendência em ambos os grupos para envolverem sempre os acompanhantes nos cuidados de enfermagem, a percentagem de participantes que

adota esta atitude é mais elevada no grupo que já acompanhou 65,1, (n=56 vs 61%, n=36, tabela 17).

Tabela 18: Integração dos acompanhantes na equipa em função dos enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização

		Já foi acompanhante de algum familiar durante a hospitalização							
		Não		Sim		p	OR IC _{95%}		
		n	%	n	%		OR	LI	LS
Responde às dúvidas dos acompanhantes sobre os CE	Sempre	57	96,6	82	94,3	0,702	1,738	0,326	9,271
	Às vezes	2	3,4	5	5,7				
Orienta a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes	Nunca	3	5,1	6	7,1	0,513	-	-	-
	Sempre	35	59,3	44	51,8				
	Às vezes	21	35,6	35	41,2				
Considera que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança	Não	0	0,0	2	2,3	1,000	-	-	-
	Sim	59	100	84	96,6				
	Indiferente	0	0,0	1	1,1				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%}- intervalo de confiança a 95% para o OR

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar, durante a hospitalização, e o responderem às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem (=0,702). Verificou-se em ambos os grupos uma maior tendência para o fazerem, 94,3% (n=82) participantes que já acompanharam vs 96,6% (n=57), nos que nunca vivenciaram essa experiência (tabela 18).

Concluiu-se que não existe associação entre os enfermeiros terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização e orientarem a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização (p=0,513). Notou-se uma maior tendência (59,3%, n=35) nos inquiridos que nunca foram acompanhantes e nos que já foram (51,8%, n=44) para o fazerem. Contudo, existiram enfermeiros,

em ambos os grupos, que afirmaram nunca orientarem a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes (tabela 18).

Não podemos afirmar que o facto de os enfermeiros já terem sido acompanhantes de algum familiar durante a hospitalização tenha associação com o considerarem que os acompanhantes da criança devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados ($p=1,000$). Verificou-se uma maioria absoluta (100%, $n=59$) nos participantes que nunca foram acompanhantes, bem como uma maior tendência (96,6%, $n=84$) nos que já foram para concordarem que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança (tabela 18).

Tabela 19: Associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e a sua opinião sobre a presença dos acompanhantes

		Já esteve hospitalizado alguma vez							
		Não		Sim		P	OR IC _{95%}		
		n	%	n	%		OR	LI	LS
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a recuperação da criança	63	100	79	96,3	0,258	-	-	-
	Não interfere na recuperação da criança	0	0,0	3	3,7				
Quanto ao seu desempenho no trabalho, considera que a presença dos acompanhantes	Facilita o seu desempenho	49	80,3	58	73,4	1,000	-	-	-
	Dificulta o seu desempenho	1	1,6	3	3,8				
	Não interfere no seu desempenho	11	18,0	18	22,8				
Considera que a presença dos acompanhantes	Facilita a vivência que têm do internamento	58	92,1	74	94,9	0,513	0,627	0,161	2,441
	Não interfere na vivência que têm do internamento	5	7,9	4	5,1				
Considera que os enf ^{os} devem encorajar a presença do acompanhante	Sim	63	100	82	98,8	1,000*	-	-	-
	Indiferente	0	0,0	1	1,2				
Encoraja os acompanhantes a participarem ativamente nos CE	Sempre	48	76,2	64	77,1	1,000**	0,950	0,438	2,059
	Às vezes	15	23,8	19	22,9				
Costuma envolver os acompanhantes nos CE	Sempre	38	61,3	54	65,1	0,728**	0,850	0,430	1,681
	Às vezes	24	38,7	29	34,9				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%}- intervalo de confiança a 95% para o OR

Relativamente à experiência prévia da hospitalização dos nossos inquiridos verificou-se que não existe associação com o considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a recuperação da criança ($p=0,258$). Apurou-se uma maioria absoluta (100%, $n=63$) no grupo dos enfermeiros que nunca estiveram hospitalizados, bem como uma maior tendência, 96,3%, ($n=79$), nos que afirmaram que sim para considerarem que facilita a recuperação da criança (tabela 19).

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e considerarem que a presença dos acompanhantes afeta o seu desempenho no trabalho ($p=1,000$), apesar de se notar uma maior tendência, 80,3%, ($n=49$), nos participantes que nunca passaram por essa experiência e nos que referem que sim, 73,4%, ($n=58$), para considerarem que facilita o seu desempenho. Existem em ambos os grupos inquiridos que afirmam que dificulta e que não interfere (tabela 19).

Não podemos concluir que há associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e considerarem que a presença dos acompanhantes afeta a vivência que estes têm do internamento ($p=0,513$). Apurou-se que em ambos os grupos existe uma maior tendência para considerarem que facilita a vivência que os acompanhantes têm do internamento 94,9%, ($n=74$), com experiência de internamento vs 92,1%, ($n=58$), sem experiência (tabela 19).

Concluiu-se que, também, não existe associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e considerarem que devem encorajar a presença do acompanhante ($p=1,000$). Verificou-se que todos os participantes ($n=63$) que nunca estiveram hospitalizados e a maioria dos que já estiveram (98,8%, $n=82$) referem que devem encorajar a presença do acompanhante (tabela 19).

Não existe evidência para afirmar que há associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e, na prática, encorajarem os acompanhantes a participarem ativamente nos cuidados de enfermagem ($p=1,000$), apesar de se notar uma maior tendência em ambos os grupos para concordarem que devem encorajar sempre a presença do acompanhante (tabela 19).

Não se verificou associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e terem por hábito envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem ($p=0,728$). Apesar de se apurar que a maioria dos participantes com 65,1%, ($n=54$) e sem 61,3%, ($n=38$) experiências pessoais, prévias, de hospitalização referirem que envolvem sempre os acompanhantes nos cuidados de enfermagem, 34,9 % ($n=29$) e 38,7%, ($n=24$) dos inquiridos com e sem vivências pessoais de internamento, respetivamente, referem que só às vezes é que

envolvem os acompanhantes, das crianças, nos cuidados de enfermagem (tabela 19).

Tabela 20: Associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e o integrarem os acompanhantes na equipa

		Já esteve hospitalizado alguma vez							
		Não		Sim		p	OR IC _{95%}		
		n	%	n	%		OR	LI	LS
Responde às dúvidas dos acompanhantes sobre os CE	Sempre	61	96,8	78	94,0	0,699*	1,955	0,367	10,424
	Às vezes	2	3,2	5	6,0				
Orienta a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes	Nunca	3	4,8	6	7,4	0,323**	-	-	-
	Sempre	33	52,4	46	56,8				
	Às vezes	27	42,9	29	35,8				
Considera que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança	Não	2	3,2	0	0,0	1,000*	-	-	-
	Sim	61	96,8	82	98,8				
	Indiferente	0	0,0	1	1,2				

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; * Teste exacto de Fisher; ** Teste Qui-quadrado; OR - Odds Ratio; OR IC_{95%}- intervalo de confiança a 95% para o OR

Não existe evidência para afirmar que haja associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e responderem às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem ($p=0,699$). Verificou-se uma maior tendência, 96,8% ($n=61$) nos inquiridos que nunca estiveram hospitalizados e 94%, ($n=78$) nos que já estiveram, para afirmarem que respondem sempre às dúvidas colocadas (tabela 20).

Não podemos concluir que existe associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e orientarem a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes ($p=0,323$). Apesar de se notar uma maior tendência, 56,8% ($n=46$) nos enfermeiros que afirmaram já ter estado e nos que mencionaram que não 52,4% ($n=33$), para orientarem sempre a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, verificou-se que há enfermeiros de ambos os grupos que mencionam que nunca o fazem e outros que só às vezes é que orientam a sua prática de forma centrada neste tipo de abordagem (tabela 20).

Não se verificou existência de associação entre os enfermeiros já terem estado hospitalizados e considerarem que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança ($p=1,000$). A maioria dos participantes, com e sem vivência prévia de internamento hospitalar, concordou que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa (tabela 20).

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à discussão dos principais resultados encontrados no nosso estudo.

Como referimos nos capítulos anteriores a hospitalização é um processo traumatizante para a criança, é pois importante que os enfermeiros, e toda a equipa que cuida da criança, organizem os cuidados de forma a minimizar o impacto que este evento tem na criança e em toda a sua família. A presença e o envolvimento dos acompanhantes no cuidado à criança são essenciais para diminuir potenciais problemas e para manter as relações familiares (Hallstrom, Elander, 2004). É também relevante para os pais (Pinto [et al.], 2009; Just, 2005; Franck e Callery, 2004; Simons, 2002; Simons, Franck e Roberson, 2001) e mesmo para os enfermeiros (Pinto [et al.], 2010; Just, 2005; Simons, 2002), constituindo um elemento indissociável do processo de saúde/doença da criança e por conseguinte dos serviços de pediatria (Sousa et al., 2011).

No nosso estudo verificámos que a maioria dos enfermeiros (89%) é de opinião que os acompanhantes deveriam estar presentes durante todo o período de hospitalização da criança e que na impossibilidade de os pais poderem estar presentes devem ser substituídos por outro familiar. Como a presença do acompanhante durante a hospitalização da criança já é uma realidade com alguns anos de evolução, concordamos com Pimenta e Collet (2009, p. 623), que referem esta *não é mais um desconforto para os profissionais, como fora no início, pois, ao longo de dezassete anos, houve superação da conceção de que a família era fiscalizadora dos cuidados*.

Os enfermeiros inquiridos consideram que os acompanhantes são importantes para o cuidado da criança e para a sua adaptação ao hospital pois 97,9% pensam que a presença dos acompanhantes facilita a recuperação da criança. Os nossos resultados corroboram os obtidos por Pinto [et. al] (2009) que apuraram que 91,7% dos inquiridos consideravam que a presença dos familiares favorecia a recuperação da criança. Pensamos que a maior percentagem de

participantes na nossa investigação, relativamente à encontrada por estes autores, se pode dever ao facto de todos os inquiridos serem enfermeiros enquanto Pinto [et. al] (2009) inquiriram técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, sendo que na formação destes últimos desde há décadas se abordam os benefícios da presença dos pais e acompanhantes para a recuperação da criança hospitalizada.

O bem-estar da criança, a segurança da criança; a cooperação da criança e a obtenção de informação foram as razões apontadas pelos enfermeiros como justificação da sua opinião. Estes resultados suportam os de outros investigadores (Xavier, Almeida, Regazzi, 2010; Sousa, Gomes e Santos, 2009) que também concluíram que a família fornece à equipe de enfermagem informações importantes para a realização de um cuidado individualizado e integral.

No nosso estudo, embora a maioria dos participantes tenha referenciado que a presença dos acompanhantes facilita o seu desempenho, consideramos preocupante que 20,7% ache que não interfere e 2,9% que dificulta o seu desempenho, pois isso pode pôr em causa a parceria de cuidados que os enfermeiros devem estabelecer com os pais das crianças. Os nossos resultados estão concordantes com os de outros investigadores (Pinto [et al.], 2009; Pimenta e Collet, 2009; Sousa, Gomes e Santos, 2009; Just, 2005; Simons, 2002) que referem que a presença do familiar/acompanhante durante a hospitalização é benéfica, não só para os pais e para as crianças mas, também para os enfermeiros, pois facilita o desempenho de seu trabalho. Rossato-Abéde e Angelo (2002) num estudo que realizaram em unidades neonatais, também apuraram que alguns enfermeiros referiam que a presença dos pais interferia negativamente nos cuidados de enfermagem, pois obrigava a que alguns procedimentos tivessem de ser novamente realizados ou atrasados. Sousa [et. al] (2011), concluíram, igualmente, que a família nem sempre é percebida como facilitadora do desempenho, havendo enfermeiros que referem que pode ser *um empecilho para o fazer da equipe de enfermagem* (p. 91).

Os enfermeiros que consideraram os acompanhantes como facilitadores do desempenho viam-nos como parceiros nos cuidados e achavam que facilitavam a cooperação da criança nos tratamentos e a ajudavam a sentir-se mais segura. Os enfermeiros participantes no estudo de Sousa, Gomes e Santos (2009) também referiram que as crianças na presença dos acompanhantes aceitam melhor os tratamentos Coyne e Cowlei (2006) também referem que a parceria nos cuidados é considerada muito importante pelos enfermeiros e pelos pais das crianças hospitalizadas.

Pelo contrário, os participantes do nosso estudo que mencionaram que os acompanhantes eram dificultadores do desempenho, referiam que a presença destes implicava um maior dispêndio de tempo e de mais trabalho. Os nossos resultados corroboram o de outros estudos (Sousa [et. al], 2011; Sousa, Gomes e Santos, 2009), que apuraram que os familiares podem ser percebidos como dificultadores do trabalho do enfermeiro por implicarem que este tem de despende de tempo para os informar sobre o estado de saúde da criança e sobre os tratamentos que vai realizar e porque por vezes ficam ansiosos.

A opinião que os nossos inquiridos têm sobre a presença dos acompanhantes facilitar a vivência que estes têm do internamento pois diminui-lhes a ansiedade, aumenta a segurança e permite a manutenção do papel parental, corroboram a de outros investigadores (Pimenta e Collet, 2009; Just, 2005) que referiram que a presença dos pais reduz não só a ansiedade da criança como a dos próprios, melhora a cooperação da criança nos tratamentos e facilita a recuperação.

A importância da presença da família durante a hospitalização é uma questão incontestável tanto para a criança quanto para a equipe de enfermagem (Sousa [et. al], 2011, p. 90). É, portanto, importante que os enfermeiros incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre os pais os filhos e a sua rede de apoio (Pinto [et al.], 2010), encorajando a presença dos pais durante o internamento da criança. Os nossos resultados são concordantes com a opinião destes autores pois apenas um dos respondentes não considerou que os enfermeiros devem encorajar a presença do acompanhante.

A presença dos pais/acompanhantes pode facilitar a relação dos enfermeiros com a criança. É essa a opinião da maioria dos nossos inquiridos que consideraram que esta fá-los sentir-se mais seguros e ajuda no estabelecimento de um elo de ligação enfermeiro-criança. Estes resultados corroboram os de outros estudos (Xavier, Almeida, Regazzi, 2010) que também evidenciam que a família funciona como suporte para a criança neste período difícil da sua vida e facilita a relação enfermeiro-criança. Os participantes que afirmaram que esta presença não interferia na relação justificam-no dizendo que a sua “relação é apenas com a criança” e que “fazem o mesmo, é como se eles não estivessem”. Esta é uma situação preocupante pois podemos ser levados a pensar que estes enfermeiros não consideram os familiares como parceiros nos cuidados, não valorizando os benefícios que esta parceria pode ter para a vivência desta situação tão stressante para a criança e para a sua recuperação. O participante que considerou que

presença dos pais / acompanhantes era dificultadora da relação enfermeiro / criança asseverou que as crianças ficam mais agitadas na presença destes.

A maioria dos participantes do nosso estudo considera que deve encorajar a presença do acompanhante durante a hospitalização da criança. É importante verificar-se que os enfermeiros estão despertos para esta necessidade pois, como referiram Shields, Kristensson-Kallström e O'Callaghan (2003), os pais acham importante que os enfermeiros os encorajem a ficar com os seus filhos durante a hospitalização. Na resposta a esta questão concluíram que os pais e os enfermeiros diferem, pois os primeiros referem que a frequência com que os segundos tomam esta atitude é muito menor que a reportada pelos profissionais.

Concluiu-se que a maioria (76,7%) dos enfermeiros encorajava sempre os acompanhantes a participarem nos cuidados de enfermagem; no entanto 23,3% referiram que só às vezes o faziam. Concordamos com Just (2005) que afirma que embora os profissionais possam saber dos benefícios do envolvimento dos acompanhantes nos cuidados, podem não os encorajar a participar por diversas razões.

A negociação é um elemento importante para promover menos disparidades conceptuais e harmonizar as inter-relações entre equipa de enfermagem e os familiares/acompanhantes. Face aos resultados obtidos concluímos que, embora a maioria dos participantes (52,1%) refiram que costumam negociar sempre os cuidados de enfermagem com os acompanhantes, há uma percentagem elevada de enfermeiros (44,5%) que só o faz às vezes e ainda existem alguns que nunca o fazem (3,4 %). Comparando os nossos resultados com os de Pinto [et. al] (2009) verificamos que a percentagem de enfermeiros que no estudo por eles realizado considerava que negociavam com os acompanhantes os cuidados (91,4%) é superior à que obtivemos.

A participação dos pais nos cuidados à criança tem significados diferentes para os enfermeiros e para os pais (Franck e Callery, 2004). Nalguns locais a participação dos pais resume-se simplesmente a acompanhar a criança e a observar, enquanto os cuidados são prestados pelos enfermeiros (Simons, Franck e Roberson, 2011), noutros a parceria significa que os pais realizam cuidados sob a direção e supervisão dos enfermeiros (Franck e Callery, 2004).

Quanto ao envolvimento dos acompanhantes nos cuidados de enfermagem concluiu-se que a maioria dos participantes implicava os acompanhantes nos cuidados. Os cuidados de higiene e conforto, os de alimentação e os procedimentos técnicos não invasivos (respectivamente 100%, 97,3% e 87%) são os que os enfermeiros mencionam como os que costumam mais frequentemente ser

realizados pelos familiares. Os procedimentos técnicos invasivos pelo contrário são aqueles em que os acompanhantes são menos envolvidos. Estes resultados corroboram os de Pimenta e Collet (2009) que concluíram que a equipa de enfermagem assumia os procedimentos considerados mais complexos e os menos complexos, como por exemplo os de higiene e alimentação, muito raramente os executavam. *A realização desses atos pelos acompanhantes é um acontecimento institucionalizado na unidade em estudo, tornou-se rotina e é aceite por todos* (p. 625).

Shields, Kristensson-Kallström e O'Callaghan (2003) concluíram que os pais consideravam importante serem implicados no cuidado físico dos seus filhos, como a troca de fraldas, cuidados de higiene e alimentação e que, também, gostariam de ser implicados nos cuidados de enfermagem a prestar aos seus descendentes.

Os enfermeiros devem dar aos pais/acompanhantes a opção de estarem presentes durante os procedimentos de enfermagem a realizarem ao seu filho, devendo oferecer-lhes apoio antes, durante e após o procedimento.

Verificou-se que, embora a maioria (74,4%) dos inquiridos afirmasse que questionavam sempre os acompanhantes acerca do interesse em estarem presentes durante a realização de procedimentos técnicos à criança, 21,9% referiram que só às vezes o faziam. Consideramos inquietante que alguns enfermeiros ainda adotem esta atitude pois, se por um lado ela pode significar que não percecionam os pais como parceiros nos cuidados, nem como elementos integrantes da equipa, por outro pode denotar que não consideram que a doença, a hospitalização e os cuidados que a criança necessita constituem uma experiência altamente stressante e traumática para a criança e que os pais / acompanhantes são uma fonte de segurança.

As razões apontadas pelos participantes, que costumam perguntar, sempre, aos acompanhantes se querem estar presentes nos procedimentos técnicos que vão realizar às crianças foi o considerarem que esse é um “direito dos acompanhantes”, que a presença do familiar “melhora a colaboração da criança” e que é promotora da “parceria de cuidados”. Os que só às vezes questionam os acompanhantes, sobre a sua vontade de estarem presentes nos procedimentos disseram que dependia do procedimento que iam executar e que por vezes não o faziam para evitar conflitos profissionais com outros colegas, que não aprovam a presença dos acompanhantes nestas situações. Esta opinião sugere que, de facto, a parceria de cuidados/integração da família na equipa não é ainda percecionada por todos os enfermeiros dos serviços de pediatria como um direito dos familiares.

É fundamental que os profissionais de enfermagem forneçam informações e orientações aos familiares/acompanhantes sobre os tratamentos que têm de realizar à criança e porque é que o tratamento é necessário, para que estes colaborem com os cuidados, se apercebam da relevância dos mesmos e porque a falta de informação é um dos aspetos que mais preocupa os pais e uma das principais fontes de ansiedade. Como afirmam Sabatés e Borba (2005, p.969), *fornezer informação completa, apurada, correta e clara sobre as condições e as reações à doença, tratamento da criança e verificar como os pais compreendem a situação e o tratamento da criança é um dever da enfermeira.*

Apurou-se que a maioria dos participantes do nosso estudo referiu que só executa procedimentos após se certificar que o acompanhante não ficou com dúvidas e que o autoriza. Contudo, concluímos que há enfermeiros que nem sempre explicam os procedimentos por acharem que a informação é muito complicada para o acompanhante perceber e outros que não têm hábito de explicar o procedimento, embora reconheçam que é pertinente fazê-lo.

Para os acompanhantes se sentirem integrados na equipa é importante que sintam que têm espaço e abertura, por parte dos enfermeiros, para colocarem as suas dúvidas e que estas são respondidas. Shields, Kristensson-Kallström e O'Callaghan (2003) no estudo que realizaram concluíram que é tão frequente os enfermeiros, como os pais das crianças hospitalizadas considerarem que os enfermeiros encorajam os pais a colocar questões e a procurar respostas às mesmas. Concluímos que a resposta às dúvidas dos familiares era uma atitude assumida pela maioria dos participantes no nosso estudo.

De acordo com Coney e Cowley (2006), os enfermeiros consideram que muitos pais se sentem compelidos a estar presentes e serem responsáveis pelo bem-estar dos seus filhos durante a hospitalização. Partilhar com os acompanhantes as informações necessárias sobre a situação de saúde da criança e o tratamento a realizar permite estabelecer uma participação construtiva no processo terapêutico, possibilitando aos pais/acompanhantes a posterior manifestação de opinião sobre os cuidados a prestar à criança e o desenvolvimento de ações em parceria (Alves, Deslandes, Mitre, 2009). No nosso estudo verificou-se que embora a maioria (54,9%) dos participantes considerasse que orientava sempre a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão da criança e durante todo o processo da hospitalização, 38,9% só o faziam às vezes e 6,3% afirmaram que nunca o faziam. Consideramos este resultado preocupante pois não tem em vista a humanização do cuidado de enfermagem à criança/família hospitalizada e não a

ajuda a considerarem a hospitalização do filho como uma experiência menos traumatizante.

Verificou-se que a maioria (68,8%) dos enfermeiros considerava que os acompanhantes têm de participar nos cuidados a prestar à criança durante o internamento e apenas 6,3% referia que não. Os nossos resultados corroboram os de outros investigadores (Sousa et al., 2011; Pimenta e Collet, 2009) que concluíram que o acompanhante é visto como um realizador de cuidados e que os enfermeiros lhes atribuem atividades inerentes à sua prática pois *se a família está no hospital é para dividir tarefas* (p. 627). Os nossos resultados não corroboram a opinião de Sally (2004, p.12) que refere que “os pais podem decidir não participar nos cuidados ao filho durante a hospitalização”. Consideramos que os pais têm o direito de decidir se querem ou não participar nos cuidados de enfermagem a prestar aos filhos e que a função do enfermeiro é a de explicar aos pais o benefício, que o seu envolvimento nas intervenções de enfermagem pode trazer ao seu filho.

Relativamente à importância da participação dos pais/acompanhantes nos cuidados a prestar à criança os participantes na nossa investigação consideraram importante que os acompanhantes participem nos cuidados.

Concluímos que apenas 47,9% dos inquiridos referem que consultam sempre os acompanhantes sobre as decisões relativas aos cuidados a prestar à criança e 52,1% só o fazem às vezes. Este resultado pode ser considerado preocupante pois pode levar a pensar que os enfermeiros não vêem os pais como elementos integrantes da equipa de cuidados à criança. Os resultados obtidos suportam os de (Pimenta e Collet, 2009) que concluíram que *a família tem dividido cuidados com a equipe mas não tem sido compreendida como co-participante, tampouco incluída na perspectiva do cuidado* (p. 622), e os de Pinto [et. al] (2009) que apuraram que 20% dos profissionais duvidavam da pertinência do envolvimento dos pais na tomada de decisão sobre o tratamento do filho. Shields, Kristensson-Kallström e O’Callaghan (2003) verificaram que os pais queriam poder tomar parte sobre a decisão final dos tratamentos a realizar aos seus filhos, depois de terem sido devidamente informados pelos médicos e enfermeiros sobre as propostas de tratamento e que essa oportunidade não lhes era dada tão frequentemente como os enfermeiros reportavam.

Quanto à integração dos acompanhantes na equipa de cuidados à criança, nem todos os enfermeiros inquiridos (1,4%) consideram que eles devem ser um elemento integrante da equipa. Embora sejam uma minoria revelam que a

humanização do cuidado à criança não é ainda uma realidade para todos os enfermeiros que trabalham em unidades pediátricas.

CONCLUSÃO

A enfermagem, tal como todas as outras disciplinas, necessita de produzir conhecimentos e de renovar o seu próprio corpo de saberes, para conseguir obter níveis de qualidade de cuidados prestados cada vez mais elevados e baseados na evidência que produz.

A doença e hospitalização da criança são consideradas como eventos geradores de stress para a criança e sua família. Para ajudar a minimizar os efeitos negativos da hospitalização, os serviços de pediatria e os cuidados à criança devem ser planeados em torno das necessidades das crianças e suas famílias.

Durante a hospitalização a criança necessita de receber cuidados consistentes e que os pais continuem a exercer o seu papel parental, inspirando-lhes bem-estar, confiança e auto-estima. Os enfermeiros, sendo os membros da equipa multiprofissional que mais tempo passam com a criança e sua família e que têm uma maior proximidade relação e interação com ambos, desempenham um papel fulcral na vivência desta situação.

De acordo com Casey (1993), os pais são os melhores prestadores de cuidados ao filho, pois possuem competências inatas para o cuidar filho que mais ninguém detém; logo constituem-se como aliados privilegiados, dos enfermeiros, na prestação de cuidados à criança.

Segundo os pressupostos da filosofia de Cuidados Centrados na Família, esta tem um papel central na vida da criança e o cuidar desta inclui também cuidar da família. Neste sentido, os enfermeiros devem planear as suas intervenções à criança, englobando a sua família, valorizando-a como um cliente em potencial e considerando-a como um participante ativo no processo de cuidar do seu filho. Não podendo, contudo, descuidar que muitas vezes a família necessita de ser cuidada para que possa cuidar e contribuir para a recuperação da criança. Portanto, em enfermagem pediátrica cuidar da criança não significa só envolver a criança, é também cuidar da sua família, tornando necessário que conheça as suas

necessidades. Assim, o foco da atenção dos enfermeiros engloba não só a criança doente, mas também, a sua família como um todo, tornando-os parceiros das famílias ajudando-os no processo de cuidar e de construção do seu projeto de saúde.

Os enfermeiros que exercem funções nos serviços de pediatria devem respeitar criança e a sua família e ver a experiência de hospitalização da criança como uma oportunidade para apoiar as famílias na prestação de cuidados aos seus filhos e na tomada de decisão sobre estes. A presença dos pais / acompanhantes durante a hospitalização da criança facilita o intercâmbio de informações entre a família e a equipa de saúde e fomenta o seu envolvimento nas decisões. Contudo, o envolvimento dos pais no cuidado à criança pode ser uma experiência exigente não só para eles como, também, para os enfermeiros, pois, a participação dos pais no cuidado à criança hospitalizada é um grande desafio e exige competência, confiança e habilidades interpessoais (Ygge et al., 2006). O enfermeiro tem o dever de se certificar se os pais / acompanhantes possuem as competências necessárias e adequadas para executarem os cuidados que lhes transfere. Contudo, a parceria de cuidados constitui uma fonte de satisfação não só para o cliente (criança / família), mas também, para o enfermeiro, sendo a parceria um tipo de relação que os satisfaz profissionalmente (Galant, Beaulieu, Carnevale, 2002).

As conclusões do nosso estudo sugerem que a falta de tempo para os enfermeiros atenderem os acompanhantes é um dos motivos para considerarem a presença destes como perturbadora da organização do seu trabalho e dos cuidados que prestam à criança. Assim, pensamos ser importante que as organizações de saúde ao realizarem a dotação de pessoal de enfermagem para os serviços de pediatria tenham em conta o tempo que os enfermeiros necessitam para ensinarem, negociarem e apoiarem de forma adequada e apropriada a participação dos pais / acompanhantes no cuidado à criança. É indiscutível a imprescindibilidade dos enfermeiros fazerem uma avaliação contínua e precisa dos desejos e expectativas dos pais / acompanhantes para a participação nos cuidados, para a negociação do seu envolvimento nos mesmos e para o ensino, apoio e supervisão na execução, de forma a garantir a qualidade do cuidado. Desta forma, os pais / acompanhantes poderão deixar de ser vistos como uma sobrecarga de trabalho e dificultadores do planeamento das atividades do enfermeiro devido à demanda de tempo de enfermagem que exigem, e a parceria de cuidados pode tornar-se uma realidade nos nossos serviços.

Verificou-se que é ainda pertinente o esforço por parte de alguns enfermeiros para envolverem efetivamente os pais / acompanhantes da criança não só nos cuidados, como na negociação e tomada de decisão relativa ao processo de cuidar da criança, tendo em atenção as suas expectativas e necessidades, para que a sua colaboração e participação na prestação de cuidados seja mais relevante, tornando-se a parceria de cuidados uma realidade.

Sendo a negociação parte integrante do processo de parceria, pois sem a negociação dos cuidados com pais / acompanhantes, não ocorre parceria de cuidados, é necessário que os enfermeiros invistam mais neste processo, pois concluímos que embora a maioria negociasse com os pais / acompanhantes havia ainda uma percentagem de profissionais que descurava este aspeto.

Não obstante os aspetos mencionados pensamos que podemos concluir tal como Shields, Kristensson-Kallström e O'Callaghan (2003), que os enfermeiros que participaram no nosso estudo têm conhecimentos sobre as necessidades psicossociais das crianças hospitalizadas e das suas famílias e estão despertos para as necessidades dos pais das crianças hospitalizadas.

Analisando todo o trabalho desenvolvido podemos afirmar que, apesar das dificuldades vivenciadas ao longo da sua elaboração, os objetivos delineados inicialmente foram atingidos. Pensamos que a problemática abordada se reveste de enorme interesse e que os resultados obtidos podem dar subsídios significativos, não só para futuros estudos sobre a problemática do cuidar em pediatria e as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, como também, para a reflexão sobre as práticas dos enfermeiros e para a elaboração de normas / procedimentos em que as intervenções de enfermagem tenham como cerne o desenvolvimento de uma prática baseada numa filosofia de cuidados centrados na família e, conseqüentemente, para uma prática de enfermagem que visa a obtenção de ganhos em saúde da criança e da família.

O nosso estudo teve algumas limitações, nomeadamente, o facto de termos questionado apenas os enfermeiros e de a amostra não ser, de forma alguma, representativa da população. Sugerimos que, em futuros estudos, se analisem não só as perspetivas dos enfermeiros, mas também, as dos pais de forma a perceber se a opinião destes é coincidente com a dos profissionais e se identificar em que áreas os enfermeiros poderão melhorar, com o objetivo de se alcançar a máxima qualidade e a maior satisfação da criança e da família com os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, M. - *(Des)equilíbrios familiares*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

ALGREN, C. - Cuidado Centrado na Família da criança durante a doença e a hospitalização. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. Cap. 21, p. 637-702.

ALMEIDA, A. P. - *Recém-Nascido internado numa U.C.I.R.N: que participação dos pais nos cuidados?*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2001. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

ALTHOFF, C.; RENCK, L.; SAKAE, S. - Famílias de Crianças que Necessitam de Cuidados Especiais: O Impacto sobre a Vida Familiar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 7, nº 3 (Setembro/Dezembro 2005), p. 221-229.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R.M. - Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface Comunicação Saúde Educação*. Vol. 13, supl. 1 (2009), p. 581-594.

ANDRAUS, L.; OLIVEIRA, L.; MINAMISAVA, R. - Ensinando e Aprendendo: Uma Experiência com Grupos de Pais de Crianças Hospitalizadas. *Revista Electrónica de Enfermagem*. ISSN: 1518-1944. Vol. 6, nº 1 (2004), p. 104-109.

ANGELO, M; BOUSSO, R - Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In *Manual de Enfermagem*, p. 14-17 [Em linha] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. [Consult. 20 Outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: www.idssaude.org.br/enfermagem>.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - *Acompanhamento Familiar de criança hospitalizada*. Portugal: Diário da República, 19 de Agosto 1981, nº 189, p. 18.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS - *Declaração dos Direitos da Criança*. AGNU, 1959.

BALDINI, S.; KREBS, V. - *A Criança Hospitalizada* [Em linha] Pediatria São Paulo, 1999 [Consult. 17 de Out. 2011]. Disponível na Internet: <[URL: http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm](http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm)>

BARDIN, L.-Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda, 2009.

BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Manuais Universitários, Vol. 13. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.

BEZERRA, L.; FRAGA, M. - Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 49, nº 4 (Outubro/Dezembro 1996), p. 611-624.

BROWN, J.; RITCHIE, J. - Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children. *Child Health Care*. Vol. 19 (Jan. 1990), p. 28-36.

CALLERY, P.; SMITH, L. - A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 16 (Julho 1991), p. 772-781.

CARAPINHEIRO, G. - *Saberes e poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CARDOSO, A. C. - *Experiências dos Pais na Hospitalização da Criança com Doença Aguda*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CARRONDO, E. M. - *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, 2006. Tese de Doutoramento no ramo do conhecimento: Currículo e Supervisão em Educação Básica.

CASEY, A. - Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. - *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press, 1993.

CASEY, A. - Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22, nº 6 (1995), p. 1058-1062.

CASEY, A.; MOBBS, S. - Partnership in Practice. *Nursing Times*. Vol. 44, nº 84 (November 1988), p. 67-68.

CERIBELLI, C. - *A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: Subsídios para a humanização do Cuidado de Enfermagem*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

COLLET, N. - A criança hospitalizada: participação das mães no cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 12, nº 2 (2002). p. 191-197. [Consult. 23 Outub. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.eerf.usp.br/rlaenf>>.

COLLET, N.; ROCHA, S. - Criança Hospitalizada: Mãe e Enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 12, nº 2 (Março/Abril 2004), p. 191-197.

COLLIÈRE, M.F. - *Promover a Vida*. Lisboa: SEP, 1989.

COSTA, M. I. - *A família com filhos com necessidades educativas especiais*. [Em linha] Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2002. [Consult. em 23 Out. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/7.pdf>>

COYNE, I. T. - Parental Participation in a care: A critical Review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 21, nº 4 (1995), p. 716-722.

COYNE, I.; COWLEY, S. - Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 15, nº 7 (2006), p. 61-71.

DAIRBYSHIRE, P. - Parents, nurses and pediatric nursing: A critical review. *Journal of advanced Nursing*. Nº 18 (Nov. 1993), p. 1670-1680.

DECRETO-LEI nº 161/96. *DR Série* Nº 205 (96-09-04), p. 2959-2962).

DHSS - *Nursing Services for the Acutely Ill Child in Northern Ireland: Report of a Working Group*. [Em linha] 1999 [Consultado 10 Dezembro 2011] Disponível na Internet: <URL: http://www.dhsspsni.gov.uk/726_nursing_services.pdf>

DIOGO, P. - Uma Orientação para Cuidar... a Criança. *Revista Servir*. ISSN 0871-2370. Vol. 49, nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2001), p. 17-21.

DIOGO, P.; RODRIGUES, L. - Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização. *Servir*. Vol. 50, nº 1 (2002), p. 12-20.

DIONÍSIO, R.; ESCOBAR, E. - Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. *Revista de Enfermagem UNISA*. Nº 3 (2002), p. 23-26.

FARREL, M. - Partnership in care: Pediatric Nursing Model. *British Journal of Nursing*. ISSN 0966-0461. Vol. 1, nº 4 (Junho 1994), p. 175-176.

FERNANDES, A. - A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Saúde Infantil*. Vol. 2 (1988), p. 117-128.

FERNANDES, D. - Notas sobre os paradigmas da Investigação em Educação. *Noesis*. Vol. 18 (1991), p. 64-67.

FERREIRA, P. [et al.] - Validation and reliability analysis of the Portuguese language version of Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria*. Vol. 86, nº 3 (2010), p. 221-227.

FERREIRA; E. A.; VARGAS I. M.; ROCHA S. M. - Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: Bases para a Assistência de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 6, nº 4 (1998), p. 111-116.

FIGUEIREDO, M. - Contributos para a clarificação do conceito de Enfermagem de Família. *Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. Nº 45 (Novembro, 2002), p. 31-34.

FORTIN, M. F. - *O processo de investigação: Da Concepção à Realização*. 2ª Edição. Loures: Lusociências, 1999.

FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRANCK, L.; CALLERY, P. - Re-thinking family - Centred Care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health and Development*. Vol. 30, nº 3 (2004), p. 265-277.

GALANT, M.; BEAULIEU, M.; CARNEVALE, F. - Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 2, nº 40 (2002), p. 149-157.

GLASPER, E.; HAGGARTY, R. - The psychological preparation of children for hospitalization. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A textbook of children's and young people's nursing*. Londres: Editora Elsevier, 2006. Cap. 5, p. 61-76.

GOMES, C.; TRINDADE, G.; FIDALGO, J. - Vivencias de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência*. Serie II, nº 11 (Dezembro 2009), p. 105-116.

GOMES, I. D. - *O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Utente Idoso. O Erro de Narciso*. Lisboa: Universidade Aberta, 2002.

GONZAGA, M.; ARRUDA, E. - Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Vol. 6, nº 5 (Dezembro 1998), p. 17-26.

GUARESCHI, A.; MARTINS, L. - Relacionamento Multiprofissional, Criança, Acompanhante: Desafio para a Equipa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 31, nº 3 (Dezembro 1997), p. 423-436.

HALLSTROM, J.; ELANDER, G. - Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 13 (2004), p. 367-375.

HANSON, S. - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006.

HOPIA, H., TOMLINSON, P.S., PAAVILAINEN, E. - Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. Nº 14 (2005), p. 212-222.

HUERTA, N. - Internação Conjunta: Critérios para decisão sobre que mães poderão acompanhar seus filhos durante a Hospitalização. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol. 18, nº 1 (1984), p. 13-21.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à criança - *Criança, Adolescente e Saúde: Legislação* [Em Linha]. 1ª Edição. Lisboa: IAC - Sector de Humanização, 2002. [Consult. 16 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://servisosociaisauade.files.wordpress.com/2007/03/legisla1.pdf>>. ISBN: 972-8003-18-8.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE/ICNP. Versão 2.0. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

ISSI, H. [et al.] - Em Foco a Família: A Construção de Uma Trajectória da Enfermagem Pediátrica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*. Vol. 27, nº 2 (2007), p. 39-42.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. - The evaluation of family- Centred care. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 24 (2009), p. 164-170.

JORGE, A. M. - *Família e hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-79-4.

JUST, A, C. - Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. Vol. 5, nº 4 (Dezembro 2005), p. 179-187.

KAWIK, L. - Nurses 'and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child. *British Journal of Nursing*. Vol 5, nº 7 (Abril 1996), p. 430-437.

KNIGHT, L - Child health. Negotiating care roles. *Nursing Times*. Vol. 91 (1995), p. 31-33.

LIMA, R; ROCHA, S.; SCOCHI, C. - Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 7, nº 2 (Abril 1999), p. 33-39 [Consult. 16 Out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>>.

LITCHTENEKER, K.; FERRARI, R. - Internação Conjunta: Opinião da Equipa de Enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 7, nº 1 (2005), p. 19-28.

LOPES, J. S.; FONSECA, A. M. - Família Comunidade e a Promoção de Valores. *Revista Servir*. Vol. 40, nº 6 (Novembro/Dezembro 1992), p. 308-314.

MANO, M. J. - Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*. Nº 8 (Maio 2002), p. 53-61.

MARCON, S.; ELSEN, I. - A Enfermagem com um Novo Olhar... A Necessidade de Enxergar a Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 1, nº 1/2 (Janeiro/Dezembro 1999), p. 21-26.

MARTINS, C. R. - A Família e a Hospitalização/A Participação da Família no Cuidar. In *Revista Servir*. ISSN 0871-2370. Vol. 48, nº 3 (Mai/Jun 2000), p. 133-135.

MARTINS, J. C. - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. [Em Linha] *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, nº 2 (2008) [Consult. 16 Novembro 2011] Disponível na Internet: <URL: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

MCCUBBIN, H.; PATTERSON, J. - The Family Stress Process: the Double ABCX Model of Adjustment and Adaption. [Em linha] *The Haworth Press*, 1983 [Consultado 09 Dezembro 2011] Disponível na Internet: <URL: http://books.google.pt/books?id=mUnJ1dp3qoAC&pg=PA7&lpg=PA7&dq=McCubbin%2BPatterson&source=bl&ots=RfLTKyf_pV&sig=HBjwPts2sHBc7vrXHqoqKd4FcVo&hl=ptPT&ei=EAjiToLVLMHg8gOo8NGYBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEEQ6AEwBA#v=onepage&q=McCubbin%2BPatterson&f=false

MINUCHIN, S. - *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora, 1982.

MONTEIRO, M. - *Parceria de Cuidados: Experiência dos pais num Hospital Pediátrico*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

NEWTON, M.S. - Family Centred Care: Current realities in parent participation. *Paediatric Nursing*. Vol. 26, nº 3 (Março/Abril 2000), p. 164-168.

OLIVEIRA, T. - *Teses de Dissertação: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar* [Em Linha] Outubro 2003 [Consult. 20 Outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS [Em linha] Código Deontológico dos Enfermeiros, 2009 [Consult. 25 Outub. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>

PIMENTA, E. A.; COLLET, N. - Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: Concepções da Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 43, nº 3 (2009), p. 622-629.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. - Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63, nº 1 (2010), p. 132-135.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

PORTUGAL. Instituto de Apoio à Criança. Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à criança - *A criança e os serviços de saúde: Humanizar o atendimento*. Lisboa: IAC, 1996.

POWER, N.; FRANCK, L. - Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 62 (2008), p. 622-641.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2003.

RANNA, W. [et al.] - Multidisciplinary approach in the pediatric ward with parents participation. [Em linha] *Revisões e Ensaios*, 1992. [Consult. 25 Outubro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/119.pdf>>.

RELVAS, A. - *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento, 1996.

ROSSATO-ABÉDE, L. M.; ANGELO M. - Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 10, Nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2002), p. 48-54.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. - As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 13, nº 6, (2005), p. 968-73.

SALLY, D. - Research & commentary perceptions of parental needs. *Paediatric Nursing*. Vol. 16, nº 5 (2004), p. 12.

SALVATERRA, M. F. - *Vinculação e Adopção*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2007. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na especialidade de Psicologia do Desenvolvimento.

SANTOS, M. C. - A Criança e o Hospital. *Revista Nascer e Crescer*. Vol. 10, nº 2 (Junho 2001), p. 74-77.

SHIELDS, L.; COYNE, I. - Commentary on Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E & Astedt-Kurki P (2005) Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15 (2006), p. 111-113.

SHIELDS, L.; KRISTENSSON-KALLSTRÖM, I.; O'CALLAGHAN, M. - An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nº 17 (2003), p. 176-184.

SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. - Family centred care: A review of qualitative studies. *Journal Clinical Nursing*. Vol. 15 (2006), p. 1317-1323.

SILVA, F.; CORREA, I. - Doença Crónica na Infância: Vivência do Familiar na Hospitalização da Criança. *Revista Mineira de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 10, nº 1. Belo Horizonte (Jan. 2006). [Consult. 20 de Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:

http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141527622006000100004&lng=pt&nrm=isso

SILVA, F.; CORREA, I. - Doença Crónica na Infância: Vivência do Familiar na Hospitalização da Criança. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol. 10, nº 1 (2006), p. 18-23.

SIMONS, J. - Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care. *British Journal Nursing*. Vol. 11, nº 22 (2002), p. 1442-1449.

SIMONS, J.; FRANCK L.; ROBERSON, E. - Parent Involvement in children's pain care: Views of Parents and Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 36, nº 4 (2001), p. 591-599.

SMITH, L.; COLEMAN, V; BRADSHAW; M. Family-centred Care: Using the Practice Continuum Tool. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier, 2006.

SOARES, M. F.; LEVENTHAL, L. C. - A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: Facilidades e Dificuldades. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 7, nº 3 (Julho/Setembro 2008), p. 327-332.

SOUSA, L. D.; GOMES, G. C.; SANTOS, C. P. - Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 17, nº 3, (2009), p. 394-399.

SOUSA, L. D.; GOMES, G. C.; SILVA, M. R.; SANTOS, C. P.; SILVA, B. T. - A família na unidade de pediatria: Percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. *Ciencia y Enfermeri*. Vol. XVII, nº 2 (2011), p. 87-95.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência, 2002.

SUBTIL, C.; FONTE, A.; RELVAS, A. - Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: Inventário de respostas à doença dos filhos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 16, nº 4 (1995), p. 241-250.

TEIXEIRA, A. C. - *A Família da Criança com Doença Crónica: Mecanismos de Resposta*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2006.

TOURIGNY, J.; CHAPADOS, C.; PINEAULT, R. - Determinants of parental behaviour when children undergo day-care Surgery. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 52, nº 5 (2005), p.490-497.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. [Em Linha] UNICEF, 2004 [Consult. 16 Outubro 2011] Disponível na Internet: <URL: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - *Direito das Crianças*. [Em Linha] UNICEF, s.d [Consultado 16 Out 2011] Disponível na Internet: <URL: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

WINKELSTEIN, M. L. - *Perspectivas da Enfermagem Pediátrica*. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006, Cap. 1, p. 1-21.

XAVIER, S. C.; ALMEIDA, M. F.; REGAZZI, I. C. - As estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. [Em linha] Supl.2 (2010), p. 983-986. [Consult. a 2 de Janeiro 2012] Disponível na Internet: <URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1235>

YGGE,B; LINDHOLM, C; ARNETZ, J.- Hospital staff perceptions of parental involvement in pediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*. Nº 53 (2006), p. 534-542.

ANEXOS

ANEXO I
- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS -

QUESTIONÁRIO
“ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA”

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o acompanhamento da criança hospitalizada, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem às crianças/acompanhantes durante a hospitalização.

Inserir-se numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Os dados recolhidos servirão unicamente para o contexto deste estudo.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para as questões
- Preencha este questionário sendo o mais sincero(a) possível
- As suas respostas são anónimas
- É importante que responda a todas as questões
- Nas questões que não esteja indicado que pode assinalar mais do que uma opção seleccione apenas uma resposta
- Nas questões do tipo “Abertas” deve escrever a sua opinião

A investigadora
Natália Maria Quina Lopes
Porto, Abril de 2011

1.Sexo

1.1 ☐ Masculino 1.2 ☐ Feminino

2.Idade: _____Anos

3.Estado civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/coabita
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo

4.Habilitações académicas

- ☐ Bacharelato em Enfermagem
- ☐ Licenciatura em Enfermagem
- ☐ Especialização em Enfermagem Qual _____
- ☐ Mestrado Qual _____
- ☐ Doutoramento Qual _____

5.Categoria profissional

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Graduado
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Enfermeiro Chefe

6.Tempo de exercício profissional _____anos

7.Tempo de exercício profissional em pediatria _____anos

8.Tem filhos

- ☐ Sim Quantos? _____
- ☐ Não

9.Já foi acompanhante de algum familiar durante a hospitalização?

- ☐ Sim Qual _____
- ☐ Não

10.Já esteve hospitalizado alguma vez

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

11. Se respondeu sim, à pergunta anterior, teve acompanhante durante a hospitalização (se já esteve internado mais do que uma vez responda relativamente ao último internamento)

- ☐ Sim Quem? _____
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

12. No serviço onde trabalha é comum as crianças estarem acompanhadas

- ☐ Sim Por quem? _____
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

13. Na sua opinião a presença dos acompanhantes durante a hospitalização deveria ser

- ☐ Permanente
- ☐ Intermitente
- ☐ Indiferente
- ☐ Nenhuma

14. Se respondeu intermitente considera que deveria ser (pode assinalar mais que uma opção)

- ☐ Durante a manhã
- ☐ Durante a tarde
- ☐ Durante a noite
- ☐ Durante as 24 horas
- ☐ Um período durante a manhã e/ou outro durante a tarde
- ☐ Outro Qual _____

15. Que acompanhante considera que deveria permanecer junto da criança, (pode assinalar mais que uma opção)

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Ambos
- ☐ Outro familiar na impossibilidade dos pais poderem acompanhar
- ☐ Outro Qual _____
- ☐ Indiferente

16. Considera que a presença dos acompanhantes

- ☐ Facilita a recuperação da criança
- ☐ Dificulta a recuperação da criança
- ☐ Não interfere na recuperação da criança

17. Porquê? _____

18. Quanto ao seu desempenho no trabalho, considera que a presença dos acompanhantes

- ☐ Facilita o seu desempenho
- ☐ Dificulta o seu desempenho
- ☐ Não interfere no seu desempenho

19. Porquê? _____

20. Considera que a presença dos acompanhantes

- ☐ Facilita a vivência que os acompanhantes têm do internamento
- ☐ Dificulta a vivência que os acompanhantes têm do internamento
- ☐ Não interfere na vivência que os acompanhantes têm do internamento

21. Porquê? _____

22. Relativamente à sua relação com a criança acha que, a presença dos acompanhantes

- ☐ Facilita a relação
- ☐ Dificulta a relação
- ☐ Não interfere na relação

23. Porquê? _____

24. Considera que os enfermeiros devem encorajar a presença do acompanhante

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Indiferente

25. Na sua prática encoraja os acompanhantes a participar activamente nos cuidados de enfermagem

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

26. Costuma negociar os cuidados de enfermagem com os acompanhantes

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

27. Costuma envolver os acompanhantes nos cuidados de enfermagem

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

28. Indique em que tipo de cuidados envolve os acompanhantes, (pode assinalar mais que uma opção)

- ☐ Higiene e conforto
- ☐ Alimentação
- ☐ Procedimentos técnicos invasivos ou que requerem equipamento (introduzir cateteres, aspirar secreções, colher espécimes, administrar medicação EV/IM/SC, tratamentos de feridas)
- ☐ Procedimentos técnicos não invasivos ou que não requerem equipamento (administrar medicação PO, nebulizações)
- ☐ Outros Quais _____

29. Costuma perguntar aos acompanhantes se querem estar presentes nos procedimentos técnicos à criança

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

30. Porquê? _____

31. Que atitude adopta habitualmente, com os acompanhantes, antes de executar qualquer procedimento à criança

- ☐ Só o executo após me certificar que o acompanhante não ficou com dúvidas e que o autoriza
- ☐ Explico de uma forma rápida dizendo que é urgente executar o procedimento
- ☐ Só explico se os acompanhantes o perguntarem
- ☐ Considero que o procedimento é uma prescrição médica cabendo a outros a função de o explicar
- ☐ Não é meu hábito explicar o procedimento embora reconheça que é pertinente fazê-lo
- ☐ Não explico pois na maioria das vezes não tenho tempo
- ☐ Nem sempre explico pois por vezes a informação é muito complicada para o acompanhante perceber

32. Responde às dúvidas colocadas pelos acompanhantes sobre os cuidados de enfermagem

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

33. Orienta a sua prática numa abordagem centrada nos acompanhantes, desde o momento da admissão e durante todo o processo da hospitalização

- ☐ Sempre
- ☐ Nunca
- ☐ Às vezes

34. Considera que os acompanhantes têm de participar nos cuidados à criança durante o internamento

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

35.Considera importante que os acompanhantes participem nos cuidados à criança durante o internamento

☐Sim

☐Não

☐Indiferente

36.Consulta os acompanhantes sobre as decisões relativas aos cuidados a prestar à criança

☐Sempre

☐Nunca

☐Às vezes

37.Considera que os acompanhantes devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados à criança

☐Sim

☐Não

☐Indiferente

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO II
- DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO -

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo

Natália Maria Quina Lopes, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a frequentar o Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo sobre a *“Percepção dos enfermeiros sobre o acompanhamento da criança durante a hospitalização”*. Para o que solicita a sua participação como um contributo importante para a realização do mesmo.

O trabalho foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado o preenchimento de um questionário, através do qual lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. O questionário será aplicado após o seu livre e informado consentimento.

Antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, tem o direito de pedir outros esclarecimentos e pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. A confidencialidade e o anonimato serão garantidos pela não associação de nomes aos dados partilhados pelos participantes, recorrendo à atribuição de códigos de identificação para os questionários. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Eu, abaixo-assinado, _____ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação que me foi fornecida versou a finalidade do estudo; os procedimentos em que terei que participar; os riscos e benefícios do estudo; sendo-me garantido o carácter voluntário da participação, o anonimato e a confidencialidade da informação.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste estudo, tal como me foi apresentado pela investigadora.

Data: ____/____/____

Assinatura do Enfermeiro:

Nome: _____

A Investigadora responsável:

Nome: _____